



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](#)

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



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

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**
Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2018 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA GOVERNADOR JOÃO CARLOS**
Complemento: **C/ RUA MAGNOLIA**
Bairro: **SERRINHA**
Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

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

Dados do(s) Veículo(s)

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

Histórico

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

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

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

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



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

Impresso nº 201932245

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 147 / 2019

Dados da Ocorrência

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

Dados da(s) Vítima(s)

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

Investprev Seguradora S/A

UF:

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CEP: 60.743-270

Telefone: (85) 9973-6064

Dados do(s) Veículo(s)

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

Histórico

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

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

Pág. 1 de 2

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 201932245

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 147 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

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

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPI da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (340)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (144)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, bem como a realização da perícia médica decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu resultado.

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ 42.368.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE BANCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grav de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Meios:

Políticos:

Vítima deixou nascituro (ou nascido)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPI:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPI:

Assinatura

2º Nome:

CPI:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (se aplicável)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

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

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

Recebedor: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000741-2**

Conta: **000007301-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

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

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

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14531343



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

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

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

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14137890



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000741-2**

Conta: **000007301-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00741-2

CONTA: 000000007301-6

Nr. Autenticação

BRADESCO220520200500000000002370074100000000730184375 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: 000000007301-6

Nr. Autenticação

BRDESCO1503201905000000000023700741000000007301168750 PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063050/19

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

CPF: 629.183.383-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

IVISON JOSE QUEIROZ LUNA : 629.183.383-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

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

**Documentos
complementares:**

Observações: (ABA OUTROS) PÁG 2/3/4

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

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

DADOS PARA CONTATO

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

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

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

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

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

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

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

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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



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

RECEITUÁRIO
ATENDADO

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

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

Fortaleza, 02/12/19

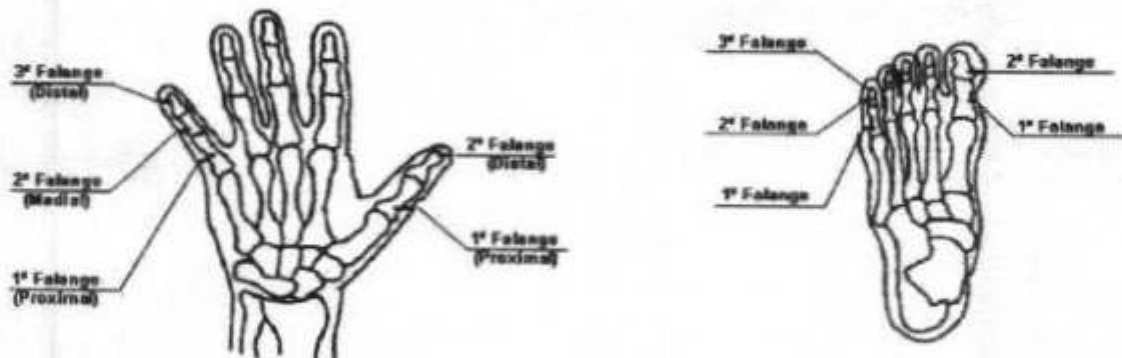
AVISO DE SINISTRO - IPA
ATESTADO DEFINITIVO DO MÉDICO ASSISTENTE

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

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

FOP 005

14 - Identifique nos modelos as lesões produzidas:



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

- 30: Cervical
- 31: Torço Superior do Braço
- 32: Torço Médio do Braço
- 33: Torço Inferior do Braço
- 34: Deltóide
- 35: Torço Superior do Antebraço
- 36: Torço Médio do Antebraço
- 37: Torço Inferior do Antebraço
- 38: Punho
- 39: Córaco do Mito
- 40: Fossa Palmar do Mito
- 41: Torço Superior do Crânio
- 42: Torço Médio do Crânio
- 43: Torço Inferior do Crânio
- 44: Anterior do Joelho
- 45: Posterior do Joelho
- 46: Torço Superior da Perna
- 47: Torço Médio da Perna
- 48: Torço Inferior da Perna
- 49: Domus da Pta
- 50: Moleculares Internas
- 51: Moleculares Externas

- 52: Parietal
- 53: Occipital
- 54: Temporal
- 55: Nasal
- 56: Superficial
- 57: Clavicular
- 58: Axilar
- 59: Deidiana
- 60: Escapular
- 61: Costais Costovertebrais
- 62: Torço Superior do Braço
- 63: Torço Médio do Braço
- 64: Torço Inferior do Braço
- 65: Cotovelo
- 66: Torço Superior do Antebraço
- 67: Torço Médio do Antebraço
- 68: Torço Inferior do Antebraço
- 69: Punho
- 70: Dito da Mão
- 71: Info-escapular
- 72: Lombares
- 73: Flanco
- 74: Saco
- 75: Glúteo
- 76: Quadril
- 77: Torço Superior da Coxa
- 78: Torço Médio da Coxa
- 79: Torço Inferior da Coxa
- 80: Pubis
- 81: Torço Superior da Perna
- 82: Torço Médio da Perna
- 83: Torço Inferior da Perna
- 84: Moleculares Internas
- 85: Calcâneo
- 86: Dito do Pé

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento

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

Assinatura 02/12/19

LOCAL E DATA

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 33688693

Data 25/10/2019
Pag 1 de 1

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

Queixa Principal:

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

!b#}Ü8'

6300909821

RELATORIO

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

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

OBS Exame documentado em CD

Cosmo Alves de Aquino

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Nome: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

ID Paciente: 11631342

Número de Acesso: 6300909821

13/08/1979 40Y

Data do Exame: 25/10/2019

2 de 2



Nome: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

13/08/1979 40Y

ID Paciente: 11631342

Data do Exame: 25/10/2015

Número de Acesso: 6300909821

1 de 2

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

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



E



14

Nome: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**

ID Paciente: 11631342

Número de Acesso: 5520006221

13/08/1979 39Y

Data do Exame: 27/11/2018

1 de 2





Investprev Seguradora S/A

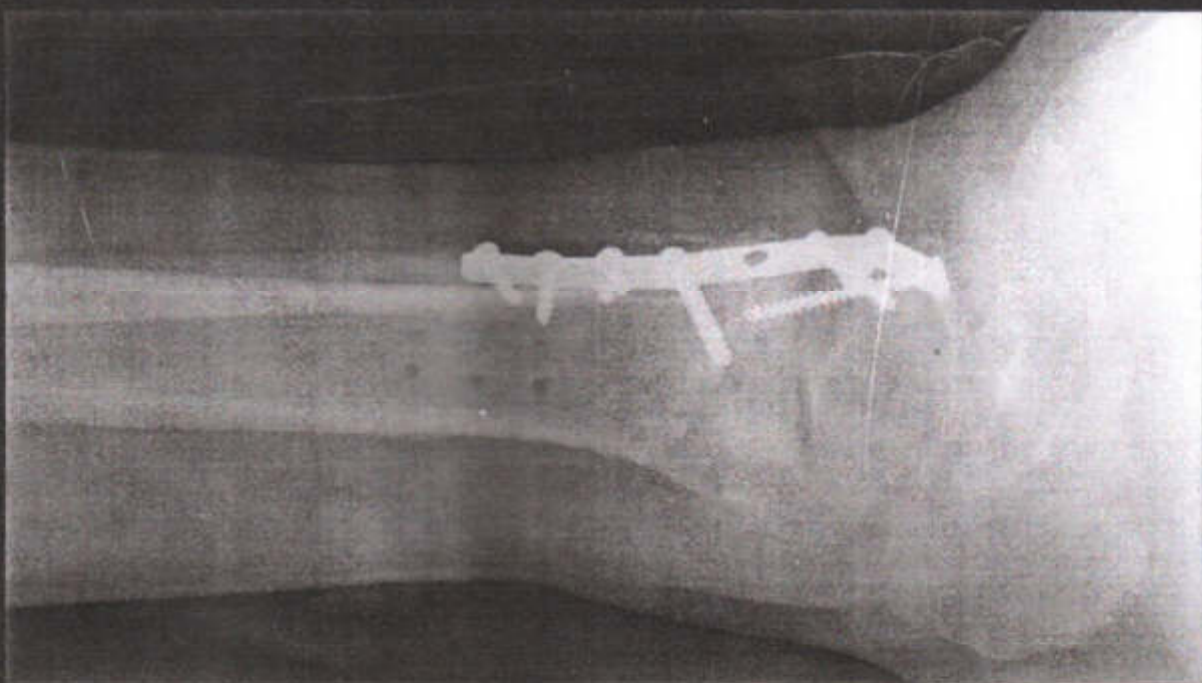
25 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



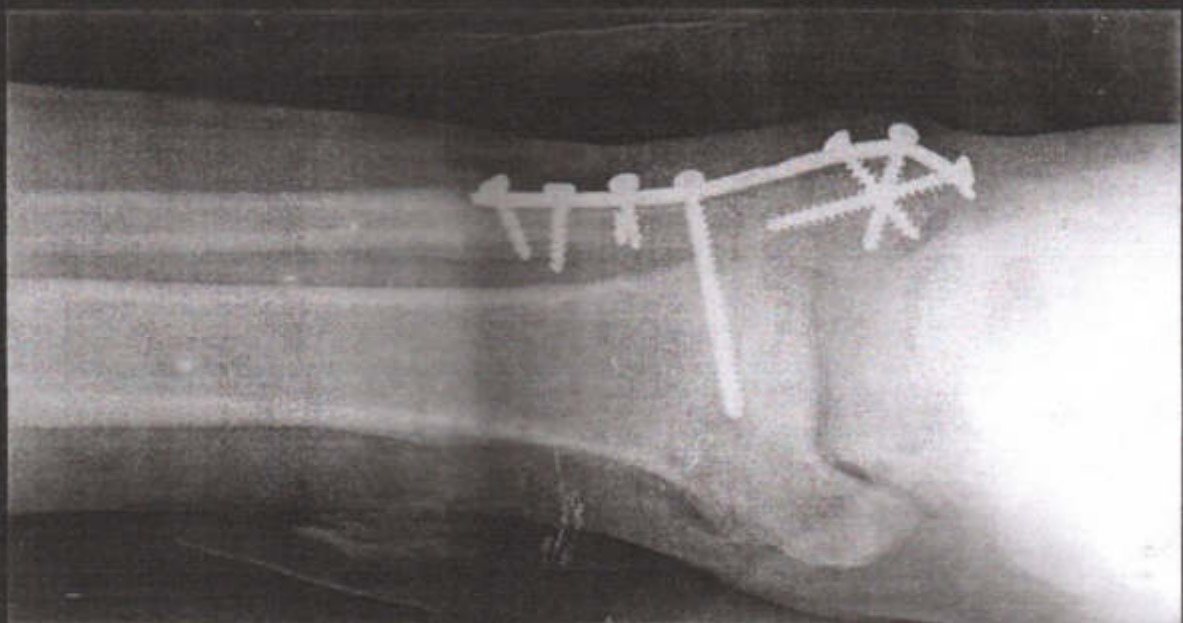
32/12
E
MAGNETIC





E

C.C





33/05/2019



61021501 LL

11/05/2019



m
c.c





ANTONIO PRUDENTE

LAUDO MÉDICO

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

31/05/19

Paciente...: 11631342 IVison JOSE QUEIROZ LUNA

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

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

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57756000870009019

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

PSEUDARTROSES OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

!^4wCE

5917843231

RELATÓRIO:

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

Superfície e espaços articulares integros.

Presença de fratura alinhada em terço distal da tíbia.

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

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 30918432

Data 17/05/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

Endereço: R 07 258 PARQUE 2 IRMÃOS FORTALEZA CE 60743270

Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Tel: 999736084

Matricula: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:

PSEUDARTROSES OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

!^4wC

5917843231

RELATÓRIO

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

Superfície e espaços articulares íntegros.

Presença de fratura alinhada em terço distal da tibia.

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

OBS : Exame documentado em CD

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

HOSPITAL ANTONIO J. PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

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



Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Juison José Morano Luna

Passagem: _____ Leitor: _____

Prontuário: 11631346

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

CIRURGIA/ PROCEDIMENTO	DIAGNOSTICO
Pseudotumores em Tonselo Esquerdo	Tratamento Cirurgico

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

Comentários sobre os achados

TP (13 sep); INR (1.03)

DATA	HORA
17/05/19	:13:00

ASSINATING

Spur



CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

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

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

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

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

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

☐ Não se aplica

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

3. Termos:

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

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

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

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

COREN-CE 1346132-7F

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

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

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

1002-1

ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 14/05/19

Nº PRONTUÁRIO: _____

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

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

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

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

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORARIO DA ALTA DA RPA:

MÉDICO(A) ThiagoNº 151ENFERMEIRO(A) ThiagoNº 151CÓDIGO 151CÓDIGO 151CÓDIGO 151CÓDIGO 151CÓDIGO 151

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

18/05/2019 10:53

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002/1

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

Nº: 38707637 18/05/2019 às 10:52

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

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

[1]

CID 10

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]

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

18/05/2019 11:00

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002/1

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

Nº: 38707978 18/05/2019 às 10:59

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT [1]

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

HD: 1º PO PSEUDARTROSE DE TORNOZELO

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO
COM AVP EM MSE FUNCIONANTE, PULSEIRA EM MSD, DIURSE
ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO, CURATIVO INTEGRO, SEM
QUEIXAS ALGICAS, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

GERENCIAMENTO DE RISCO

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS;
RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO,
ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO;
RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM
DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS
CONEXÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE
DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP.

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

0 [1]

Sim [1]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/05/2019 00:20

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/06/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 21919910

19/05/2019 às 00:17

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002/1

Enfermeiro(a):

TAINA MENDES TAMBORIL

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO

Profissionais:

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

RENDANT ACESSO VENOSO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

08:00 20:00

9 - DOR AGUDA/CRÔNICA

Relacionado a: REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR

POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFORTÁVEL

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS

REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR Mantido:

POSICIONAR PACIENTE DE FORMA

Manhã Tarde Noite

CONFORTÁVEL

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS

Mantido:

Taina Mendes Tamboril
COREN-CE 512-00-ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

17/05/2019 16:11

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

Tácito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14109 - TEOT 15349

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Atendimento: 15/03/2019

CEITA

UNDO MÉDICO

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

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

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

ANS - nº 36.825-3		3 - Nº GUIA PRINCIPAL (questão obrigatória)		4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		5 - SÍNTESE		6 - DATA VÁLIDA DA SEMANA		7 - DATA DE EXATIDÃO DA GUARDA	
NÚMERO DA CARTERA		9 - PLANO		10 - NOME DO BENEFICIÁRIO		11 - NOME DO CONTRATADO		12 - NOME DO CONTRATADO		13 - NOME DO CONTRATADO	
NOME		14 - NOME DO CONTRATADO		15 - NOME DO CONTRATADO		16 - NOME DO CONTRATADO		17 - NOME DO CONTRATADO		18 - NOME DO CONTRATADO	
1 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		2 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		3 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		4 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		5 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		6 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF	
7 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		8 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		9 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		10 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		11 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		12 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
13 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO		14 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO		15 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO		16 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO		17 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO		18 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO	
19 - TABELA		20 - TABELA		21 - TABELA		22 - TABELA		23 - TABELA		24 - TABELA	
25 - TABELA		26 - TABELA		27 - TABELA		28 - TABELA		29 - TABELA		30 - TABELA	
31 - TABELA		32 - TABELA		33 - TABELA		34 - TABELA		35 - TABELA		36 - TABELA	
37 - TABELA		38 - TABELA		39 - TABELA		40 - TABELA		41 - TABELA		42 - TABELA	
43 - TABELA		44 - TABELA		45 - TABELA		46 - TABELA		47 - TABELA		48 - TABELA	
49 - TABELA		50 - TABELA		51 - TABELA		52 - TABELA		53 - TABELA		54 - TABELA	
55 - TABELA		56 - TABELA		57 - TABELA		58 - TABELA		59 - TABELA		60 - TABELA	
61 - TABELA		62 - TABELA		63 - TABELA		64 - TABELA		65 - TABELA		66 - TABELA	
67 - TABELA		68 - TABELA		69 - TABELA		70 - TABELA		71 - TABELA		72 - TABELA	
73 - TABELA		74 - TABELA		75 - TABELA		76 - TABELA		77 - TABELA		78 - TABELA	
79 - TABELA		80 - TABELA		81 - TABELA		82 - TABELA		83 - TABELA		84 - TABELA	
85 - TABELA		86 - TABELA		87 - TABELA		88 - TABELA		89 - TABELA		90 - TABELA	
91 - TABELA		92 - TABELA		93 - TABELA		94 - TABELA		95 - TABELA		96 - TABELA	
97 - TABELA		98 - TABELA		99 - TABELA		100 - TABELA		101 - TABELA		102 - TABELA	
103 - TABELA		104 - TABELA		105 - TABELA		106 - TABELA		107 - TABELA		108 - TABELA	
109 - TABELA		110 - TABELA		111 - TABELA		112 - TABELA		113 - TABELA		114 - TABELA	
115 - TABELA		116 - TABELA		117 - TABELA		118 - TABELA		119 - TABELA		120 - TABELA	
121 - TABELA		122 - TABELA		123 - TABELA		124 - TABELA		125 - TABELA		126 - TABELA	
127 - TABELA		128 - TABELA		129 - TABELA		130 - TABELA		131 - TABELA		132 - TABELA	
133 - TABELA		134 - TABELA		135 - TABELA		136 - TABELA		137 - TABELA		138 - TABELA	
139 - TABELA		140 - TABELA		141 - TABELA		142 - TABELA		143 - TABELA		144 - TABELA	
145 - TABELA		146 - TABELA		147 - TABELA		148 - TABELA		149 - TABELA		150 - TABELA	
151 - TABELA		152 - TABELA		153 - TABELA		154 - TABELA		155 - TABELA		156 - TABELA	
157 - TABELA		158 - TABELA		159 - TABELA		160 - TABELA		161 - TABELA		162 - TABELA	
163 - TABELA		164 - TABELA		165 - TABELA		166 - TABELA		167 - TABELA		168 - TABELA	
169 - TABELA		170 - TABELA		171 - TABELA		172 - TABELA		173 - TABELA		174 - TABELA	
175 - TABELA		176 - TABELA		177 - TABELA		178 - TABELA		179 - TABELA		180 - TABELA	
181 - TABELA		182 - TABELA		183 - TABELA		184 - TABELA		185 - TABELA		186 - TABELA	
187 - TABELA		188 - TABELA		189 - TABELA		190 - TABELA		191 - TABELA		192 - TABELA	
193 - TABELA		194 - TABELA		195 - TABELA		196 - TABELA		197 - TABELA		198 - TABELA	
199 - TABELA		200 - TABELA		201 - TABELA		202 - TABELA		203 - TABELA		204 - TABELA	
205 - TABELA		206 - TABELA		207 - TABELA		208 - TABELA		209 - TABELA		210 - TABELA	
211 - TABELA		212 - TABELA		213 - TABELA		214 - TABELA		215 - TABELA		216 - TABELA	
217 - T											

Hapvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Nº 4 7967155

Pac. 36825320190215214479

ANS - nº 36.825-3

3 - Nº Guia Profissional, Documento Afimado

3 - JORNAL

6 - DATA VALIDADE DA TERMA

7 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

15/02/19

D 000034921

DADOS DO BENEFCIÁRIO

10 - VALOR DA CARTERA

1 - NÚMERO DA CARTERA

9 - PLANO

1 - NOME

Wilson José Basso Junior

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

14 - NOME DO CONTRATADO

Dr. Thiago Cavalcanti

14 - NOME DO CONTRATADO

17 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Thiago Cavalcanti
Ocupação: Traumatólogia
CRM 1130251/564

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

1 - DATA / NOME DA SOLICITAÇÃO

22 - CARÁTER DA SOLICITAÇÃO

23 - CID ICD

24 - INDICAÇÃO CLÍNICA: Deslocamento de fratura do osso da mão e do antebraço

CRM 1130251/564

1 - TABELA 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - DESCRIÇÃO

Fratura do osso da mão e do antebraço

1,0

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

1 - CÓDIGO DA OPERAÇÃO / CNP / CIP

31 - NOME DO CONTRATADO

32 - TC

33 - 34 - 35 - LOGRADOURO / Nº COMPLETO

1 - MANEJO

37 - UP

38 - CÓDIGO ACD

39 - CIP

40 - CÓDIGO ONES

Invesiprev Seguradora S/A

DADOS DO ALENTO

1 - TÍTULO DE ALENTO

22 MAR 2019

2 - TÍTULO DE ALENTO

2 - TÍTULO DE ALENTO

2 - TÍTULO DE ALENTO

2 - TÍTULO DE ALENTO

CONSULTA DE REFERÊNCIA

1 - TÍTULO DE ALENTO

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE

1 - DATA

32 - NOME ACD

34 - TABELA

35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

36 - DESCRIÇÃO

37 - CID

38 - ICD

39 - ICD

40 - ICD

41 - ICD

42 - ICD

43 - ICD

44 - ICD

45 - ICD

46 - ICD

47 - ICD

48 - ICD

49 - ICD

50 - ICD

51 - ICD

52 - ICD

53 - ICD

54 - ICD

55 - ICD

56 - ICD

57 - ICD

58 - ICD

59 - ICD

60 - ICD

61 - ICD

62 - ICD

63 - ICD

64 - ICD

65 - ICD

66 - ICD

67 - ICD

68 - ICD

69 - ICD

70 - ICD

71 - ICD

72 - ICD

73 - ICD

74 - ICD

75 - ICD

76 - ICD

77 - ICD

78 - ICD

79 - ICD

80 - ICD

81 - ICD

82 - ICD

83 - ICD

84 - ICD

85 - ICD

86 - ICD

87 - ICD

88 - ICD

89 - ICD

90 - ICD

91 - ICD

92 - ICD

93 - ICD

94 - ICD

95 - ICD

96 - ICD

97 - ICD

98 - ICD

99 - ICD

100 - ICD

101 - ICD

102 - ICD

103 - ICD

104 - ICD

105 - ICD

106 - ICD

107 - ICD

108 - ICD

109 - ICD

110 - ICD

111 - ICD

112 - ICD

113 - ICD

114 - ICD

115 - ICD

116 - ICD

117 - ICD

118 - ICD

119 - ICD

120 - ICD

121 - ICD

122 - ICD

123 - ICD

124 - ICD

125 - ICD

126 - ICD

127 - ICD

128 - ICD

129 - ICD

130 - ICD

131 - ICD

132 - ICD

133 - ICD

134 - ICD

135 - ICD

136 - ICD

137 - ICD

138 - ICD

139 - ICD

140 - ICD

141 - ICD

142 - ICD

143 - ICD

144 - ICD

145 - ICD

146 - ICD

147 - ICD

148 - ICD

149 - ICD

150 - ICD

151 - ICD

152 - ICD

153 - ICD

154 - ICD

155 - ICD

156 - ICD

157 - ICD

158 - ICD

159 - ICD

160 - ICD

161 - ICD

162 - ICD

163 - ICD

164 - ICD

165 - ICD

166 - ICD

167 - ICD

168 - ICD

169 - ICD

170 - ICD

171 - ICD

172 - ICD

173 - ICD

174 - ICD

175 - ICD

176 - ICD

177 - ICD

178 - ICD

179 - ICD

180 - ICD

181 - ICD

182 - ICD

183 - ICD

184 - ICD

185 - ICD

186 - ICD

187 - ICD

188 - ICD

189 - ICD

190 - ICD

191 - ICD

192 - ICD

193 - ICD

194 - ICD

195 - ICD

196 - ICD

197 - ICD

198 - ICD

199 - ICD

200 - ICD

201 - ICD

202 - ICD

203 - ICD

204 - ICD

205 - ICD

206 - ICD

207 - ICD

208 - ICD

209 - ICD

210 - ICD

211 - ICD

212 - ICD

213 - ICD

214 - ICD

215 - ICD

216 - ICD

217 - ICD

218 - ICD

219 - ICD

220 - ICD

221 - ICD

222 - ICD

223 - ICD

224 - ICD

225 - ICD

226 - ICD

227 - ICD

228 - ICD

229 - ICD

230 - ICD

231 - ICD

232 - ICD

233 - ICD

234 - ICD

235 - ICD

236 - ICD

237 - ICD

238 - ICD

239 - ICD

240 - ICD

241 - ICD

242 - ICD

243 - ICD

244 - ICD

245 - ICD

246 - ICD

247 - ICD

248 - ICD

249 - ICD

250 - ICD

251 - ICD

252 - ICD

253 - ICD

254 - ICD

255 - ICD

256 - ICD

257 - ICD

258 - ICD

259 - ICD

260 - ICD

261 - ICD

262 - ICD

263 - ICD

264 - ICD

265 - ICD

266 - ICD

267 - ICD

268 - ICD

269 - ICD

270 - ICD

271 - ICD

272 - ICD

273 - ICD

274 - ICD

275 - ICD

276 - ICD

277 - ICD

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

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVACANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM: 11506 (1)
Atendimento: 55006156
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
Leito: 133430/2
Nº: 30420118 19/11/2018 às 13:06

DIAGNÓSTICO
Diagnóstico Cirúrgico
S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

Data Da Cirurgia 19/11/2018
Hora Da Cirurgia 13:10
Cirugia PULÃO
Cirurgião THIAGO

Descrição Cirúrgica
PACIENTE EM DDH SOB RAQUÍ
ASSEPSIA E ANTISSEP
APOSEIÇÃO DE CAMPOS
ACesso MEDIAL AO PILÃO
VERIFICADA FRATURA COMINUTA
REDUÇÃO COM CONTROLE RADIOSCÓPICO
FIXAÇÃO COM 2 PLACAS EM T
ACesso SOBRE MALLEOLO LATERAL
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA SOB CONTROLE
RADIOSCÓPICO
REPARO LIGAMENTAR
ENXERTIA LOCAL
LIMPEZA
SUTURA POR PLANOS

Códigos Dos Procedimentos

30727138 FRATURA TIBIA
30726142 LESÕES LIGAMENTARES
30732026 ENXERTO

(1)

(1)

(1)

(1)

(1)

(1)

(1)

(1)



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAPFOR

Nº Pedido: 28042474

Data: 19/11/2018
Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

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

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 5775600870009019

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:

FRATURA DE TORNOZELO

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO

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

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

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

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

Accentuada densificação de partes moles perimaleolares, sugestivo de edema.

Derrame articular tibiotalar de pequeno volume.

117

ANDERSON CISNE JUNIOR - CRM 10160-CE

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

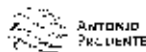
DIVISÃO DESEMPENHO DE TRABALHO
 1474130231
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1474130231
 PACIENTE PLÁSTICO

NOME: FRANCISCO EMILSON SILVA LIMA
 DATA DE NASCIMENTO: 13/08/1979
 SEXO: M
 ENDEREÇO: RUA...
 CIDADE: ...
 UF: ...
 CEP: ...
 DATA DE EMISSÃO: 25/04/2017
 DATA DE VALIDADE: 25/04/2017
 CÉDULA: 72102601644
 CÉDULA: 0150084360
 CEARA

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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

Data 29/11/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

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

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 67756000870009019

Solicitante: Dr(a) PAULO HENRIQUE SCUZ

Queixa Principal:

DOR

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

!Z:>48"

5523271721

RELATÓRIO:

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

Demais aspectos preservados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

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

INSTITUTO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR

Nº Pedido: 28184237

Data 27/11/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

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

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

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 fíbula distais com placas metálicas e parafusos.

Demais aspectos preservados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



ANTÔNIO PRUDENTE

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

22/01/19

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

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

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



ANTONIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

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

S82

Código da Doença

19/11/2018

Local e Data

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Aceito a Colocação do CID. Assinado LS _____

Código de Autenticação : DEPI18D/00K0

113902

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

22/01/2019 08:15

132,85 € 101

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

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
CRM 8260
Rafael Bezerril Nogueira

DECLARAÇÃO

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

Totalizando 17 SESSÕES

O mesmo necessita dar continuidade ao tratamento.

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28


Stephanie Custodio de A. Rodrigues
Fisioterapeuta
CREPRO 179.324-F

FORTALEZA, 16 DE JANEIRO DE 2018

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

Convenio.... HAPVIDA MATRIZ

Matricula... 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) TACITO YURI MELO RA

⁴ Queixa Principal;

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ZMT8

5552884921

Example:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

RELATÓRIO:

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

Demais aspectos preservados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

Form 013

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº. 484

11/01/2019 16:08

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1978

Atendimento: 54987700

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 13322711

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

Nº: 30397758 18/11/2018 às 23:35

ANAMNESE

Queixa Principal

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

[1]

Queixa Principal

[5]

Diagnóstico Inicial

43 DOR ARTICULAR

CID10

M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[3]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

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

[1]

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS

[1]

CID19

M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEONARDO 21082
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:09

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasco.: 13/08/1979

Atendimento: 54997700

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

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

CONTROLE VITAIS

SINAIS VITAIS

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

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONFERE O PRONTUÁRIO

Data inicial: 12/12/2018	Atendimento: 54957700	Módulo-procedimento: 2	Consultor	PCP	Histórico						
Data final: 11/01/2019	Procedimento:	Convênio: 2									
Conteúdo:	<input type="checkbox"/> Atendimento com alta administrativa <input type="checkbox"/> Atendimento com pendência no prontuário		<input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela autoridade <input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela enfermagem								
Documentos 10/11/2018 22:01 - CONSULTA TRAUMATOLOGIA Atendente: 54957700 Assistente: 11631342 Nome do Paciente: MARCON LUIS GUIMARÃES LIMA Documento: 130581379 Assinatura: 354.48.220 Assinatura:											
Pendências de Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documento Nome do LSA: MARIA LEAOE QUEIROZ LIMA Nome do Pac:											
Tipos de documentos 1-1 Registros Médicos -12 Exame de Laboratório -7 Prescrição Médica -14 Receto Médica Especial -9 Exames Médicos -10 Atestado Médico -11 Declarações -6 Perceitos Médicos -5 Solicitação de Pacotes Médicos -4 Publicação do Paciente -3 Exatidão Médica -12 Exame de Laboratório Ver histórico de digitalizações			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Visualizar</th> <th>Imprimir Doc. Assinado</th> </tr> <tr> <th>Intervista Prescrição</th> <th>Sinalização</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 12/11/2018 22:01</td> <td>ASSINADO</td> </tr> </tbody> </table>			Visualizar	Imprimir Doc. Assinado	Intervista Prescrição	Sinalização	<input checked="" type="checkbox"/> 12/11/2018 22:01	ASSINADO
Visualizar	Imprimir Doc. Assinado										
Intervista Prescrição	Sinalização										
<input checked="" type="checkbox"/> 12/11/2018 22:01	ASSINADO										

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONFERE O ATENDIMENTO
LEANDRO

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ
 Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVACANTO DE OLIVEIRA MEDICO GEN 11506113342
 Dt. Naso.: 13/08/1979
 Atendimento: 55008158
 Prontoário: 11531342
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
 Leito: 133430/2
 Nº: 30420064 19/11/2018 às 13:05

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSSINTESE DE TORNOZELO SEM INTERCORRENCIAS CS: A SR	[1]
CID 10	S92 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

Thiago Aguiar Cavacanto de Oliveira
 11506113342
 19/11/2018 13:05

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

20/11/2018 07:30

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

MF

[1]

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

GERENCIAMENTO DE RISCO
INFECÇÃO. OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Handwritten signature and stamp

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 13:29

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

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

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Intercorrências

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

ENFA: MARTA MARIA 350020


[1]

Marta Maria Alves
Marta Maria Alves
COREN 350020 - ENF

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem?	1 +
<input type="checkbox"/> História prévia 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"/> Demora muito para engolir?	5 +
<input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda 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: <u>0</u>	

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

Risco Moderado: Entre 7 e 15

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

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

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

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

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

Yamara Feres de Araújo
COREN CE 42727 ENF

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

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

22/11/2018 13:06

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55005158

Prontuário: 11631342

19/11/2018 11:11

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

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

Nº: 30413760 19/11/2018 às 11:07

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia

19/11/2018

Hora Da Cirurgia

10:30

Cirurgia

tto cirurgico de fratura de tibia

Equipe Cirúrgica

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

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente

sim.

Prontuário Ativo

sim.

Opme Checado

sim.

Checagem Completa Dos Equipamentos

sim.

Alergias Do Paciente São Conhecidas

não.

Checagem Completa Das Medicções Anestésicas

sim.

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

não.

Via Aérea Difícil / Risco De Aspiraço

não.

Confirmação De Vaga Em Uti

sim.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Membros da Equipe Cirúrgica

sim.

Lateralidade Do Procedimento

esquerda.

Paciente Certo

sim.

Sítio Cirúrgico Identificado

sim.

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado

sim.

Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento

sim.

Antibiótico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos

Sim. kefazol (2g) às 10:30.

Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia e ser aplicada

sim.

Esterilização Do Material Confirmada E Validada

sim.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros

sim.

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados

sim.

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

sim.

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

não se aplica.

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião

sim.

Investprev Seguradora S/A

22-FEV-2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Nome: Enferm. José Glicerio Lima Data: 11/11/19
Idade: 28 Sexo: M Sem. 21 15
Profissão: 123631342 Assistente Administrativo
Diagnóstico: 1
Gravidez: Gravidez fisiológica
Gravidez: 2 1

③ $500 \times 100 \times 100 \times 100 \times 100$

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

$\frac{1}{x^2} = x^{-2}$

100

[illegible][illegible]

<u>Balancete Anual + Anexo X - Tabela de Procedimentos</u>						<u>1</u>
<u>do Exercício Anterior do Ano</u>						
<u>EMPRESA</u>	<u>VOLUME</u>	<u>PÉRIODO</u>	<u>VOLUME</u>	<u>BALANÇO</u>	<u>Enquadramento</u>	<u>Ano</u>

		Rendimento:	(Espor.)	0,87%	Inflac.
		Ajustamento da:	Beta	-0,69	
		Cobertura:		1,00 de 1,00	

[illegible]

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



ANTONIO
PRUDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: <u>Wilson José N. Lima</u>	Sector: _____	Leito: <u>11</u>	Data: <u>19/01/19</u>
Confirmação de local de destino: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de Nascimento: _____		
Motivo da internação na unidade: <u>fratura de fêmur</u>			
Dispositivos em uso			
<input checked="" type="checkbox"/> Não, Sim, especificar: <input type="checkbox"/> Marcapasso <input type="checkbox"/> Alcap <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 dialise <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 Riscos	
Data: <u>19/01/19</u>	Hora: _____ h

Avaliação de riscos: Queda <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"/> Inteira	Curativo: Local _____ Grau _____
<input type="checkbox"/> Lesão por pressão, especificar _____	Local _____ Grau _____

MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar: <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, 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: _____	

Objetos do paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Especificar: _____	

PÉNDENCIA 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 custo: _____	
Outros: _____	

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



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
55786676



11/01/2019 18:20:03

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

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

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data inicial: 12/12/2018	Atendimento: 55786676	Médico prescriptor:	Consultar	POP	Histórico
Data final: 12/01/2019	Procedido:	Consultar			
Carência:	Atendimentos com alta administrativa	Atendimentos com pendências no prévio	Atendimentos locais para auditoria	13485	14328
Atendimentos abarcados pela enfermagem					

Documentos	Assessoria	Tratando	Nome do Paciente	Exatidão	Idade	Sexo
Prescrição Médica	55786676	12/12/2018	MONTE JOSE QUEIROZ LIMA	12/08/19	50A 44 082	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta	Imp. por Tipo de Documento	Assessoria	Nome do Paciente
		55786676	MONTE JOSE QUEIROZ LIMA

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

Ver histórico de digitalizações

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



SANTO CRUZ
PRUDENTE

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

Data 19/11/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE GUEIROZ LUNA

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

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

Tel.: 999736084

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula...: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:

FRATURA DE TORNOZELO

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC

Yápff

5499770061

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO

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

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

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

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

Acentuada densificação de partes moles perimaleolares, sugestivo de edema.

Derrame articular tibiotalar de pequeno volume.

ANDERSON CISNE JUNIOR - CRM 10160-CE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
55528849



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

11/21/2019 19:19:48

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

DADOS DO CONVENIO

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

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

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

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

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

Tipos de documentos	Visualizar	Imprimir Documento
1-1 Registro Médico	Quarta	Exatidão
1-2 Prescrição Médica	12/02/2018 17:51:05	ASSINADO
1-3 Prescrição Médica Especial	12/02/2018 16:52:16	ASSINADO
1-4 Prescrição Médica		
1-5 Prescrição Médica		
1-6 Prescrição Médica		
1-7 Prescrição Médica		
1-8 Prescrição Médica		
1-9 Prescrição Médica		
1-10 Prescrição Médica		
1-11 Prescrição Médica		
1-12 Prescrição Médica		
1-13 Prescrição Médica		
1-14 Prescrição Médica		
1-15 Prescrição Médica		
1-16 Prescrição Médica		
1-17 Prescrição Médica		
1-18 Prescrição Médica		
1-19 Prescrição Médica		
1-20 Prescrição Médica		
1-21 Prescrição Médica		
1-22 Prescrição Médica		
1-23 Prescrição Médica		
1-24 Prescrição Médica		
1-25 Prescrição Médica		
1-26 Prescrição Médica		
1-27 Prescrição Médica		
1-28 Prescrição Médica		
1-29 Prescrição Médica		
1-30 Prescrição Médica		
1-31 Prescrição Médica		
1-32 Prescrição Médica		
1-33 Prescrição Médica		
1-34 Prescrição Médica		
1-35 Prescrição Médica		
1-36 Prescrição Médica		
1-37 Prescrição Médica		
1-38 Prescrição Médica		
1-39 Prescrição Médica		
1-40 Prescrição Médica		
1-41 Prescrição Médica		
1-42 Prescrição Médica		
1-43 Prescrição Médica		
1-44 Prescrição Médica		
1-45 Prescrição Médica		
1-46 Prescrição Médica		
1-47 Prescrição Médica		
1-48 Prescrição Médica		
1-49 Prescrição Médica		
1-50 Prescrição Médica		
1-51 Prescrição Médica		
1-52 Prescrição Médica		
1-53 Prescrição Médica		
1-54 Prescrição Médica		
1-55 Prescrição Médica		
1-56 Prescrição Médica		
1-57 Prescrição Médica		
1-58 Prescrição Médica		
1-59 Prescrição Médica		
1-60 Prescrição Médica		
1-61 Prescrição Médica		
1-62 Prescrição Médica		
1-63 Prescrição Médica		
1-64 Prescrição Médica		
1-65 Prescrição Médica		
1-66 Prescrição Médica		
1-67 Prescrição Médica		
1-68 Prescrição Médica		
1-69 Prescrição Médica		
1-70 Prescrição Médica		
1-71 Prescrição Médica		
1-72 Prescrição Médica		
1-73 Prescrição Médica		
1-74 Prescrição Médica		
1-75 Prescrição Médica		
1-76 Prescrição Médica		
1-77 Prescrição Médica		
1-78 Prescrição Médica		
1-79 Prescrição Médica		
1-80 Prescrição Médica		
1-81 Prescrição Médica		
1-82 Prescrição Médica		
1-83 Prescrição Médica		
1-84 Prescrição Médica		
1-85 Prescrição Médica		
1-86 Prescrição Médica		
1-87 Prescrição Médica		
1-88 Prescrição Médica		
1-89 Prescrição Médica		
1-90 Prescrição Médica		
1-91 Prescrição Médica		
1-92 Prescrição Médica		
1-93 Prescrição Médica		
1-94 Prescrição Médica		
1-95 Prescrição Médica		
1-96 Prescrição Médica		
1-97 Prescrição Médica		
1-98 Prescrição Médica		
1-99 Prescrição Médica		
1-100 Prescrição Médica		

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:13

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55528849

Prontuário: 11631342

Convênio: RÁPIDA MATRIZ

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

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

ANAMNESE

Queixa Principal POS-OP TORNOZELO ESQ [1]

Queixa Principal

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

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

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral POS-OP TORNOZELO ESQ [2]

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

DIAGNÓSTICO

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

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:14

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dt. Nascimento: 13/08/1978	Atendimento: 55528849	Prontuário: 11531342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E C/	Leito: 133229/2	
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11596 [2]		Nº: 31349269 12/12/2018 às 17:50	

ANAMNÊSE		
Queixa Principal:	SUA EVOLUÇÃO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
EXAME FÍSICO		
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO	[1]
CID10	S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:09

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

DT. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55200062

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

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

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

Nº: 30753843 27/11/2018 às 15:59

ANAMNESE

Queixa Principal RETORNO DR. RAFAEL [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S824 FRAT DO PERONIO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S824 FRAT DO PERONIO [1]

CID10 S824 FRAT DO PERONIO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:12

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

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

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

DIAGNÓSTICO

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

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Investprev Seguradora S/A

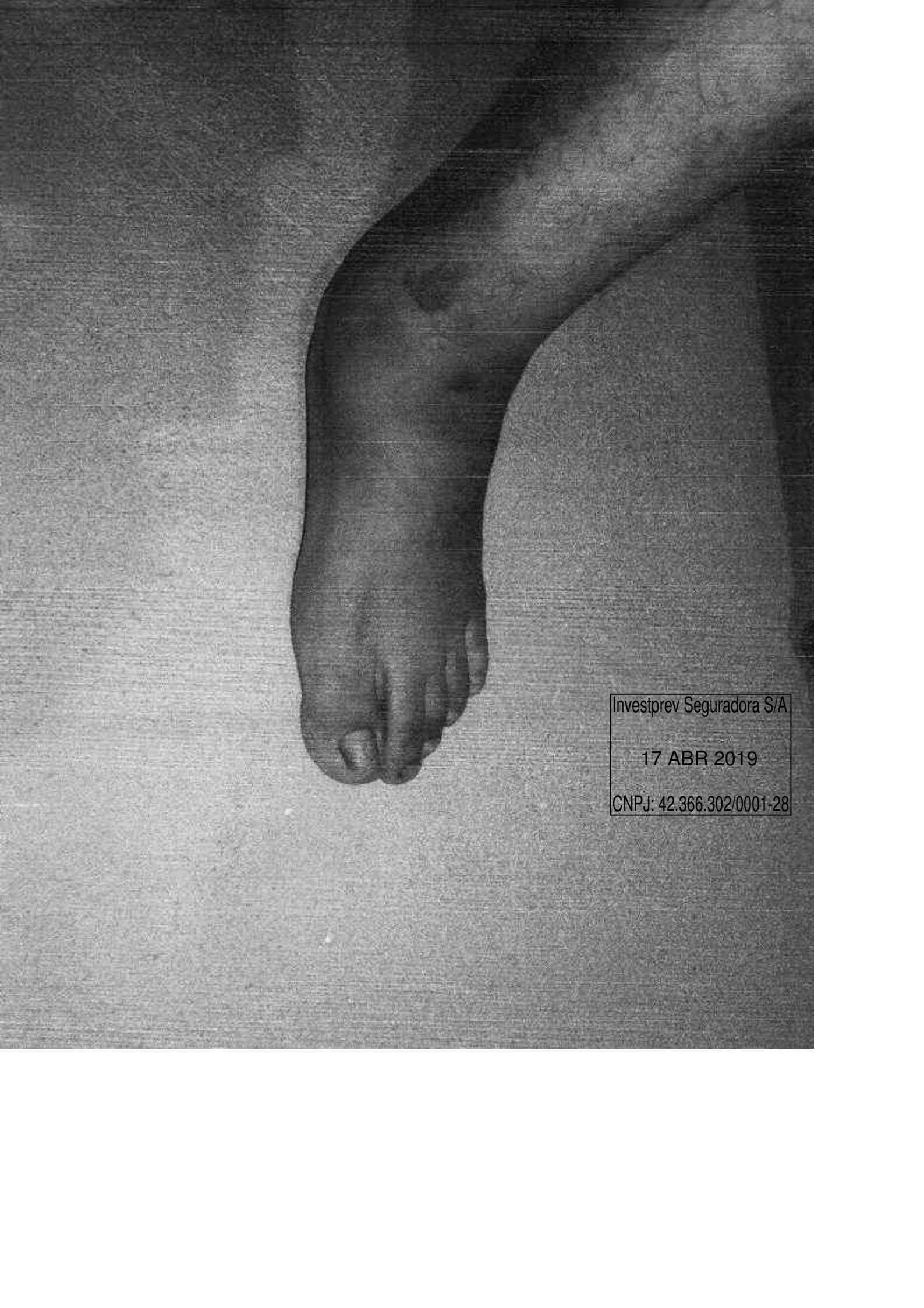
22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

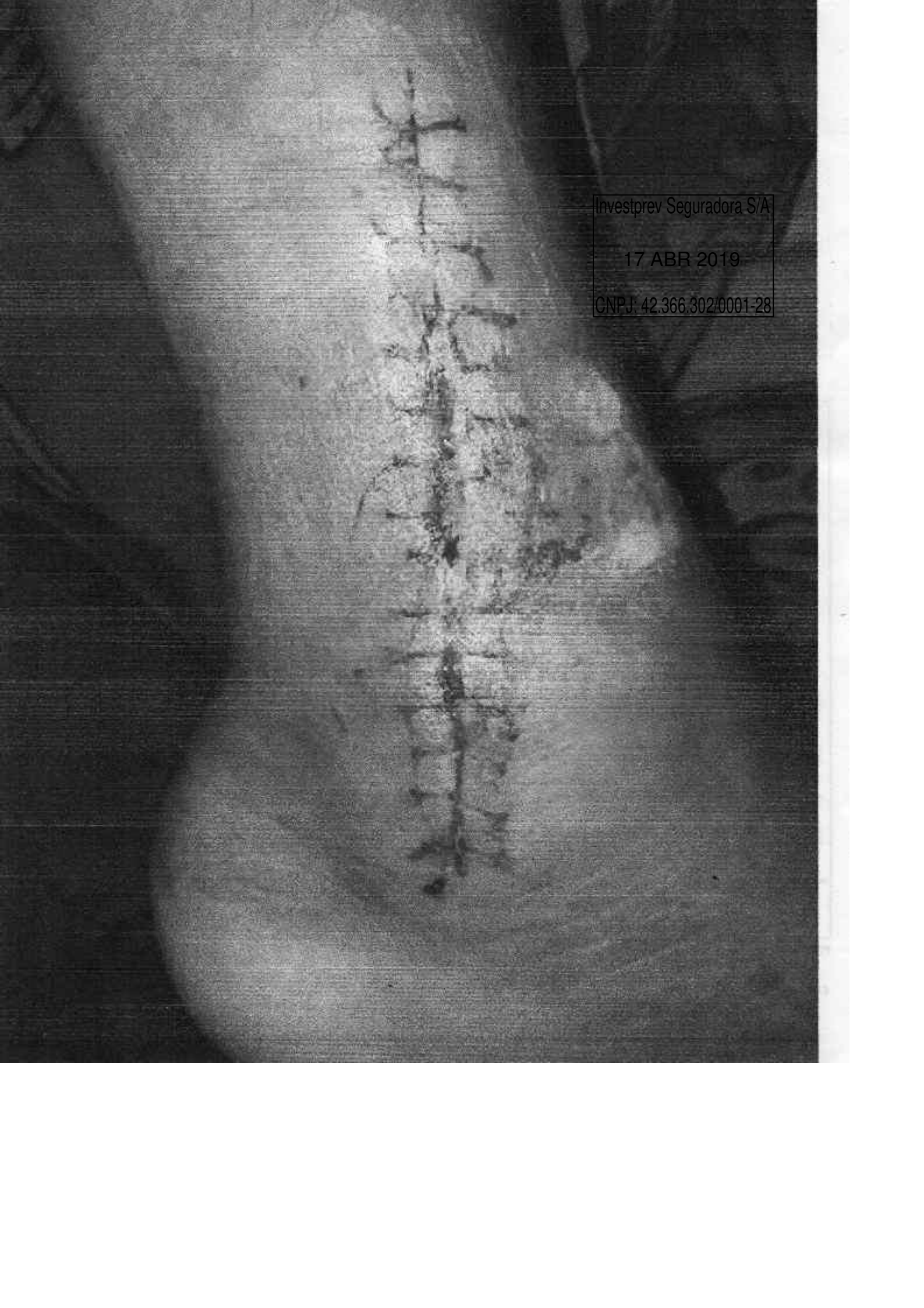
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

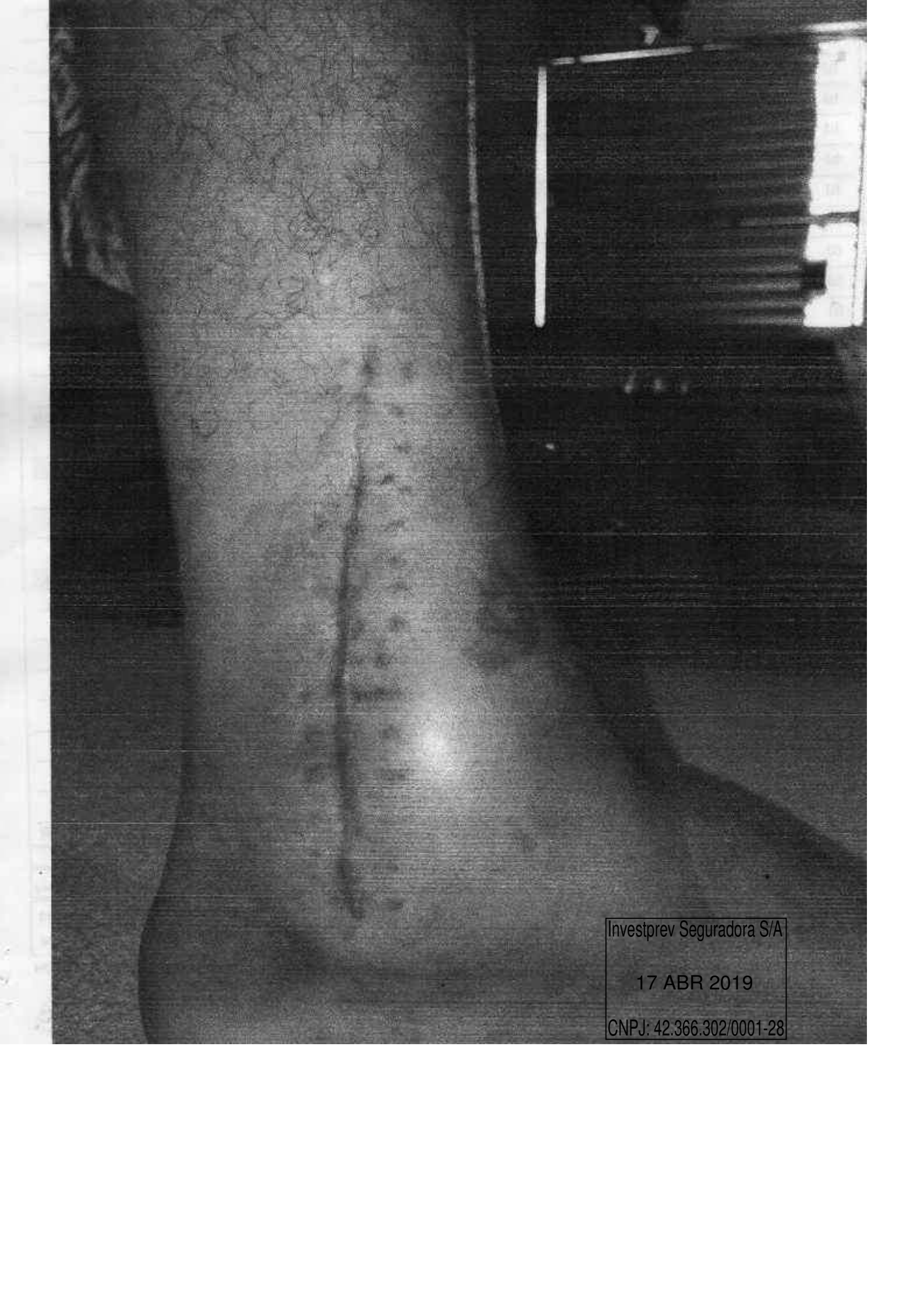
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CARTA A SEGURADORA LIDER.

Pedido de reanálise de processo!

VITIMA: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA.

SINISTRO: 3190157760

CPF: 629.183.383-20

DATA DO ACIDENTE: 18/11/2018

NATUREZA: INVALIDEZ

Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Desde já agradeço a compreensão de todos vocês!



ANTONIO PRUDENTE

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

10/04/19

Dr. Wilson Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Quadril e Tornozelo
CRM 12.500 - RPP 1.500.000

Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

1 - Registro ANS	2 - Data da Autorização 30/04/09	3 - Senha	4 - Data de Validade da Senha	5 - Data de Emissão da C.V.
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
6 - Número da Carteira	5775600083-0009	7 - Plano	8 - Validade da Carteira	
9 - Nome Vilson José Oliveira Lima		10 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE				
11 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	12 - Nome do Contratado		13 - Código CMLG	
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código CBO

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

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

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
33 - Tabela	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição	36 - Quantidade
1	30.7.28.1.77	Pseudo-aneurisma	
2	30.7.3.202.6	Cirurgia	
3	30.7.28.1.42	Reparação	

OPM SOLICITADOS			
37 - Tabela	38 - Código do OPM	39 - Descrição do OPM	40 - Valor Unitário - R\$
1		Placa 1/3 carne	Ortopedia
2		10 para fios	

DADOS DA AUTORIZAÇÃO			
41 - Data Prevista de Admissão Hospitalar	42 - Outros Dados Autorizados	43 - Tipo de Associação Autorizada	
44 - Código na Operadora / CNPJ	45 - Nome do Prestador Autorizado	46 - Código CNES	
47 - Observação Protec. 368.532.0190.410537872			
48 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 10.04.09	49 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*)	50 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	

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

Investprev Seguradora S/A

17/ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dr. Thiago Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Trauma
TEOT 10001/050

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ILIAMARA JENYFRA SÁNCHEZ LIMA

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

CPF nº 049.125.205-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>Rua 3 - Conj. Nova Sol</u>
Apto / Complemento	<u>282</u>
Bairro	<u>Parque A. Moreira</u>
Cidade	<u>Belém</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>66045-240</u>
Telefone de Contato	<u>(91) 99136664</u>
E-mail	<u>ilamara.jenyfra@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belém, 01.02.2019

Assinatura do Declarante: [Assinatura]

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

[illegible]

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



72-65KZC298440000007491530 24127

Date de Publication 24/12/2019

Data as of: November 03, 2019

Data de fechamento emissão: 22/12/2018

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

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

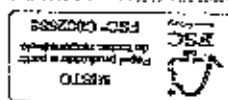
၂၀၁၈ ခုနှစ်၊ ဇန်နဝါရီလ ၁ ရက်နေ့
 ရန်ကုန်မြို့၊ ဝန်ကြီးရုံး
 အထူးစီမံကိန်းဦးစီးဌာန

၁၂၀၇၄၆၃၇။
၀၀၂၂။
၂၃၂၂၀၀၀၀။

1. 2019-2020	2019-2020	2019-2020
2. 2020-2021	2020-2021	2020-2021
3. 2021-2022	2021-2022	2021-2022
4. 2022-2023	2022-2023	2022-2023
5. 2023-2024	2023-2024	2023-2024
6. 2024-2025	2024-2025	2024-2025
7. 2025-2026	2025-2026	2025-2026
8. 2026-2027	2026-2027	2026-2027
9. 2027-2028	2027-2028	2027-2028
10. 2028-2029	2028-2029	2028-2029
11. 2029-2030	2029-2030	2029-2030
12. 2030-2031	2030-2031	2030-2031
13. 2031-2032	2031-2032	2031-2032
14. 2032-2033	2032-2033	2032-2033
15. 2033-2034	2033-2034	2033-2034
16. 2034-2035	2034-2035	2034-2035
17. 2035-2036	2035-2036	2035-2036
18. 2036-2037	2036-2037	2036-2037
19. 2037-2038	2037-2038	2037-2038
20. 2038-2039	2038-2039	2038-2039
21. 2039-2040	2039-2040	2039-2040
22. 2040-2041	2040-2041	2040-2041
23. 2041-2042	2041-2042	2041-2042
24. 2042-2043	2042-2043	2042-2043
25. 2043-2044	2043-2044	2043-2044
26. 2044-2045	2044-2045	2044-2045
27. 2045-2046	2045-2046	2045-2046
28. 2046-2047	2046-2047	2046-2047
29. 2047-2048	2047-2048	2047-2048
30. 2048-2049	2048-2049	2048-2049
31. 2049-2050	2049-2050	2049-2050
32. 2050-2051	2050-2051	2050-2051
33. 2051-2052	2051-2052	2051-2052
34. 2052-2053	2052-2053	2052-2053
35. 2053-2054	2053-2054	2053-2054
36. 2054-2055	2054-2055	2054-2055
37. 2055-2056	2055-2056	2055-2056
38. 2056-2057	2056-2057	2056-2057
39. 2057-2058	2057-2058	2057-2058
40. 2058-2059	2058-2059	2058-2059
41. 2059-2060	2059-2060	2059-2060
42. 2060-2061	2060-2061	2060-2061
43. 2061-2062	2061-2062	2061-2062
44. 2062-2063	2062-2063	2062-2063
45. 2063-2064	2063-2064	2063-2064
46. 2064-2065	2064-2065	2064-2065
47. 2065-2066	2065-2066	2065-2066
48. 2066-2067	2066-2067	2066-2067
49. 2067-2068	2067-2068	2067-2068
50. 2068-2069	2068-2069	2068-2069
51. 2069-2070	2069-2070	2069-2070
52. 2070-2071	2070-2071	2070-2071
53. 2071-2072	2071-2072	2071-2072
54. 2072-2073	2072-2073	2072-2073
55. 2073-2074	2073-2074	2073-2074
56. 2074-2075	2074-2075	2074-2075
57. 2075-2076	2075-2076	2075-2076
58. 2076-2077	2076-2077	2076-2077
59. 2077-2078	2077-2078	2077-2078
60. 2078-2079	2078-2079	2078-2079
61. 2079-2080	2079-2080	2079-2080
62. 2080-2081	2080-2081	2080-2081
63. 2081-2082	2081-2082	2081-2082
64. 2082-2083	2082-2083	2082-2083
65. 2083-2084	2083-2084	2083-2084
66. 2084-2085	2084-2085	2084-2085
67. 2085-2086	2085-2086	2085-2086
68. 2086-2087	2086-2087	2086-2087
69. 2087-2088	2087-2088	2087-2088
70. 2088-2089	2088-2089	2088-2089
71. 2089-2090	2089-2090	2089-2090
72. 2090-2091	2090-2091	2090-2091
73. 2091-2092	2091-2092	2091-2092
74. 20		

6. Meeting conducted	
5. Reported	
4. Documented	
3. Meeting held in the field	
2. End of survey confirmed	
1. Survey completed	

50744075 500 0501 1/20



What's rapidez e eficiência para você.

Fatura Digital

Wiederholungsfragen



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
54997700



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

11/01/2019 16:13:22

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
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 60744570

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
999736064	

DADOS DO CONVENIO

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

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector	Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	Clinica	Peso (Kg)	Temperatura (°C)
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG	16/11/2018	23:31		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	6-TRAUMATOLOGICA		
Médico Atendente	2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO						
Médico Acompanhante							

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R431DKA 4110 LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE O...
LEANDRO 21082

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPI da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (340)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (144)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, bem como a realização da perícia médica decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ 42.368.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE BANCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grav de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Meios:

Relacionados:

Vítima deixou nascituro (ou nascido)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Local e Data:

Nome:

CPI:

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (dependente)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPI:

Assinatura

2º Nome:

CPI:

Assinatura

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

3190157760

CPF da vítima:

629.183.383-20

Nome completo da vítima:

WILSON JOSE QUEIROZ LIMA

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

Nome completo:

WILSON JOSE QUEIROZ LIMA

CPF:

629.183.383-20

Profissão:

motorista

Endereço:

Rua 71 conj. 101

Estado:

CEARÁ

CEP:

60343-270

E-mail:

wilson.jq.lima@gmail.com

Tel (DDD):

(85)9993 6064

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATE R\$1.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATE R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATE R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CIVIL)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

Gravidez da vítima:

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

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

MORTE

Assinatura do segurado ou beneficiário

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Investprev Seguradora S/A
CPF: 26 FEV 2019
2ª Nome: CNPJ: 42.366.302/0001-28
CPF: Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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