



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01367869-8** em **05/08/2020 11:34:16**.
- 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 : 0238719-27.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01367869-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 05/08/2020 11:34:16

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* : 2740655_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2740655_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1.pdf

Downloads

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.893,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03132

CONTA: 000001068705-4

Nr. da Autenticação FC749C542386E861

NAME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC/IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF
048.217.413-77 DATA NASCIMENTO
18/06/1990

FILIAÇÃO

FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO

ACC

CAT/NAH.

AB

Nº REGISTRO
05034566735

VALIDADE
06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2010

NOTAS / OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/10/2017

Igor Vazcelos Freire
IGOR VASCONCELOS FREIRE
ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

DENATRA - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CORRETORA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Scanned by CamScanner

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

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

DPNAT
104

NOME

RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2003009010519 SSP CE

CPF

020.158.863-38

DATA NASCIMENTO

29/04/1986

FILIAÇÃO

JOSE AFONSO SARAIVA

ROZELI DA SILVA
SARAIVA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

AD

Nº REGISTRO

03748905404

VALIDADE

18/08/2021

1ª HABILITAÇÃO

15/12/2005

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

22/08/2016

IGOR VASCÔNCELOS PÔNTE

23518455811

CE155037730

ASSINATURA DO EMISSOR

DETTRAN-CE (CEARA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

Scanned by CamScanner

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA RAFAELA DA SILVA SARAIVA,
RG nº 03182535845, data de expedição 07/03/14,
Órgão DETRAN - CE portador do CPF nº 64732347304, com
domicílio na cidade de FORRAMEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA EQUADOR nº 1518 PARANGABA, nº 5118,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Rafael Luis da Silva Saraiva cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / NX 160 BRAS E SP
Ano: 2015 / 2016
Placa: PNF 4720
Chassi: 9C2 KDO8106 R413892
Data do Acidente: 30/12/17
Local e Data: FORRAMEZA - CEARÁ 08/03/18

Ana Rafaela da Silva Saraiva _____

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CeuZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.217.413 / 77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RAFAEL LUIS DA SILVA SAKAIVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.158.863 / 38, do sinistro de DPVAT cobertura (BELL2147)IPA da Vítima RAFAEL LUIS DA SILVA SAKAIVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.158.863 / 38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>RUA PROFESSOR CABRAL</u>	<u>676</u>	<u>FUNDOS</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>MARQUE SANTA ROSA</u>	<u>CEP</u>	<u>60762770</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>ATENDIMENTO.ALEXANDRE.SEGUROS@GMAIL.COM</u>	<u>(85)98529-6730</u>	<u>(85)99925-3719</u>

FORTALEZA, 27 de JANUÁRIO de 2018
Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

Alexandre Barbosse da CeuZ
Assinatura do Declarante

4. DETALHES DOS VEÍCULOS

VEÍCULO 1	PLACA: PNF4720	MARCA/MODELO: HONDA/XR 160 BROS ESDD	MANOBRA REALIZADA: CIRCULANDO
COR: PRETA	ANO FABRICAÇÃO: 2015	CATEGORIA: PARTICULAR	
TIPO: MOTOCICLETA	ESPECIE: PASSAGEIRO		

VEÍCULO 2	PLACA: DCF8564	MARCA/MODELO: YAMAHA/FACTOR YBR125 K	MANOBRA REALIZADA: CRUZANDO O FLUXO
COR: VERMELHA	ANO FABRICAÇÃO: 2011	CATEGORIA: PARTICULAR	
TIPO: MOTOCICLETA	ESPECIE: PASSAGEIRO		

VEÍCULO 3	PLACA: PNE4720	MARCA/MODELO: YAMAHA/FACTOR YBR125 K	MANOBRA REALIZADA: CRUZANDO O FLUXO
COR: PRETA	ANO FABRICAÇÃO: 2015	CATEGORIA: PARTICULAR	
TIPO: MOTOCICLETA	ESPECIE: PASSAGEIRO		

5. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

ENVOLVIDO 1: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	SEXO: MASCULINO	CONDUTOR
DT. NASC.: 25/04/1986		CPF: 020.158.863-38
IDENTIDADE: 2003009010519	SITUAÇÃO: LEVE	
	CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: PNE4720	
Nº REGISTRO CNH: 03748905404	PRIMEIRA CNH: 15/12/2005	
CATEGORIA CNH: AD	VALIDADE CNH: 18/08/2021	

6. ORGÃOS AÇÃO NADOS

AMC - VT-115 - NOJOSA E XAVIER
 PERÍCIA FORENSE - VT-7020 - PERTO ROBERIO E MOTORISTA PACHECO

ATO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 09 ABR. 2018

7. FOTOS DO ACIDENTE

BO023406



ATO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

ASS:

8. MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

88256

Quinta-feira 04 Janeiro 2018

CHAVE DE AUTENTICIDADE: 7967dd9b0ddca6e7ee068b60e8d943039 - Para consultar a autenticidade do documento acesse: http://geofi.fortaleza.ce.gov.br/boweb_amo/chaveBOAT.xhtml

PÁGINA 3 DE 3

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/01/2018 11:45

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47718130	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/1		
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]	Nº: 17762700	30/12/2017	H: 06:39
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
ANAMNESE			
Queixa Principal	RELATA ACIDENTE DE MOTO, COM DOR LOMBAR E EM MÃO E PÉ ESQ [1]		
Queixa Principal			
CID10	T009 TRAUM SUPERF MULT NE [1]		

AKO

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
M. Araujo 198
10/01/2018
UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018
ASS:



ANTONIO PRUDENTE

Pl: Rafael Luis da Silva Souza

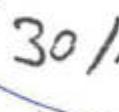
Sintos TC de duas torasomias à
presente suposta. Pente intimo
de extremo molarities poltrumizadas,
estimadas com as torasomias suspeitas
de fôtons de vertebra.

ATO


Dr. Cláudio Costa
Ginecologista e Urologista
CRM 18283 (EG) 15731


Dr. Silviano Soares
CRM 18283 (EG) 15731


LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.
09 ABR. 2018


Dr. Gremec
CRM 18283 (EG) 15731



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
*Secretaria das Cidades
Departamento Estadual de Trânsito*



Viproc nº 2342930/2018

CERTIDÃO Nº 0604/ 2018 / UNICER / NUREG

CERTIFICAMOS a requerimento da parte interessada, para os devidos fins e efeitos legais, que o veículo de Placa PNF4720, Tipo: MOTOCICLETA, Cor: PRETA, Marca/Modelo HONDA/NXR160 BRÓS ESDD, Ano fabricação/modelo 2015 / 2016, Chassi 9C2KD0810GR413892, Renavam: 1072210565, esteve registrado neste departamento em nome de ANA RAFAELA DA SILVA SARAIVA, CPF: 647.323.473-04, até a data de 05/02/2018 sendo o mesmo fora baixado para o estado de jurisdição de SÃO PAULO.

O referido é verdade e dou fé. Fortaleza, 27 de Março de 2018.

EU, José Luciano R. Barbosa, JOSÉ LUCIANO RODRIGUES BARBOSA,
Mat. 531 - DETRAN-CE
Aux. Adm. Matr. 11, certifico e assino.

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018
ASS:



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **515881566**
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 02047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de

MAR/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

7816269

DV **6**

VENCIMENTO

13/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

98,98

End. da Unidade Consumidora RU ANTONIO ANGELO 00164 PAJUCARA MARACANAU 61910000

RG / CPF / CNPJ 020.158.863-38

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 27502

27388

1

114

0

114

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação | Prev. Próxima
Leitura

06/03/2018

04/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BD07.496F.12AB.D065.2DE8.B636.D99B.0F7D

JCMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
78,75	27%	21,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

CORRECAO MONETARIA DO MES

JUROS DO MES

MULTA MORATORIA

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

0,72
1,03
1,56
16,92

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

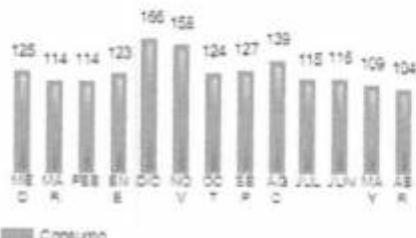
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 27,68

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL I

Mês JAN/ 2018

DIC (h)	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00	0,00
7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00	0,00
5,58			0,00			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **7816269-6** N° da Nota Fiscal: **515881566** Total a Pagar (R\$): **98,98**
Data de Emissão: **25/03/2018** Referência: **MAR/2018** N° de Controle:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

RAFAEL LUIS DA SILVA SÁENIVA

CPF da Vítima

020.158.863-38

Data do Acidente

30/12/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza, 27 de Janeiro de 2016

Local e Data

Rafael Luis da Silva Sáeniva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 ABR. 2018

ASS.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

020.158.863-38

RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	CPF titular da conta 020.158.863-38	Profissão MOTORISTA
Endereço RUA ANTONIO ANGELO	Número 164	Complemento
Bairro PAJUÇARA	Cidade MARACANAÚ	Estado CEARÁ
Email ATENDIMENTO.ALEXANDRESEGUEOS@GMAIL.COM	CEP 63910000	
		Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 AGENCIA
NRO.

D/V

 CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

SANTANDER

NRO.

033

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3132

(Informar dígito se existir)

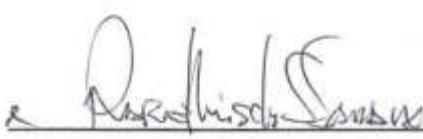
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 27 de Janeiro de 2016

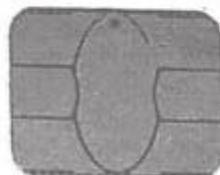
Local e Data

 LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
 09 ABR. 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



5021 2132 6344 6745

MEMBER
SINCE

09/15

VALID
THRU

11/25

RAFAEL LUIS DA SILV

3132

01068705-4



314 CORRETORA DE SEG. LTDA.
n.º ARR. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 764 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **09/02/2018 11:14:55**

Data / Hora da Ocorrência: **30/12/2017 05:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA ALMIRANTE RUBIM**

Complemento: **C/RUA; PROFESSOR TEODORICO**

Bairro: **MONTESE**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**

Nascimento: **29/04/1986** CPF: **020.158.863-38**

CNH: **03748905404** Orgão Emissor: **DETTRAN**

UF:

Filiação: **ROSELI DA SILVA SARAIVA**

JOSÉ AFONSO SARAIVA

Endereço: **RUA ANTÔNIO ÂNGELO, 160**

Bairro: **PAJUÇARA**

Município: **MARACANAU/CE**

CEP: **61.910-000**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98600-3309**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCF8364** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C6KE1520B0055722 Renavam: **335753701** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano:

Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERMELHA Proprietário: **FRANCINILTON LIMA DE ARAUJO** Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **PNF4720** Uf: **SP** Município: **SAO PAULO** Chassi:

9C2KD0810GR413892 Renavam: **1072210565** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano:

Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS**

GERAIS Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE O DECLARANTE VINHA SOZINHO PILOTANDO A MOTO DE PLACAS PNF4720 DE PROPRIEDADE DE ANA RAFAELA DA SILVA SARAIVA, QUE TRANSITAVA SENTIDO/PRAIA QUANDO UMA MOTO DE PLACAS OCF8364 AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM O DECLARANTE QUE CAIU E SE LESIONOU, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE ONDE A VITIMA RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 764 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

255

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Sinistro: 3180157645

Vítima: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Data do Acidente: 30/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180157645** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Carta n°: 12749101

A/C: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nº Sinistro: 3180157645
Vitima: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA
Data do Acidente: 30/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 033

Agência: 000003132

Conta: 000001068705-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

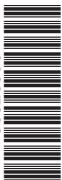
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nº Sinistro: 3180157645

Vitima: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Data do Acidente: 30/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180157645**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.893,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03132

CONTA: 000001068705-4

Nr. da Autenticação FC749C542386E861

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157645 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MAO E NO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157645 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO E NA MÃO ESQUERDA, COM FRATURA NO 4º E 5º METACARPOS. TRAUMA NO PÉ ESQUERDO, COM FRATURA DE OSSOS DO TARSO, CUBOIDE E CUNEIFORME LATERAL. TRAUMA DE COLUNA VERTEBRAL COM FRATURA DE L1.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR EM QUEIMAÇÃO NA FACE POSTERIOR DA COXA ESQUERDA. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO DE MOVIMENTOS NO QUARTO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS, HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DA FORÇA E PREJUÍZO DA PREENSÃO. LOMBOCIATALGIA CRÔNICA PÓS FRATURA COM RETIFICAÇÃO DA LORDOSE LOMBAR. BLOQUEIO PARA INVERSÃO E EVERSAO DO PÉ COM MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM FIXAÇÃO CIRÚRGICA NA MÃO COM USO DE FIOS METÁLICOS E IMOBILIZAÇÃO. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURAS DO PÉ E DA COLUNA LOMBAR. EM USO DE IMOBILIZAÇÃO E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM DANOS LEVES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna lombar, Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO, Profissão: MOTORISTA, portador(a) do RG 03748905404, órgão expedidor DETRAN e do CPF 020.150.863-38, residente no(a) RUA ANTONIO ANGELO, nº 34, bairro: PAJUÇARA, município: MARACANAÚ / CE.

OUTORGADO:

Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CEVZ, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO, Profissão: AUTONOMO, portador(a) do RG 05034566735, órgão expedidor DETRAN e do CPF: 048.257.453-77, residente no(a) RUA PROFESSOR CABRAL, nº 676, bairro: PARQUE SANTA ROSA, município: FORTALEZA / CE.

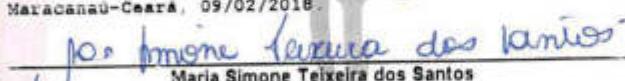
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA.

Local e Data: FORTALEZA/CE, 27 de Janeiro de 2018.


Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO COSTA LIMA - REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DIST. PAJUÇARA
OFICIAL TITULAR: BEL' KARLA FROTA DA COSTA LIMA - CNPJ: 14.932.743/0001-23
Av. Mendel Steinbruch, Nº 10467 - Pajuçara - CEP: 61.932-005 - Maracanaú - CE
Tel: (85) 3219.3171 / 8773.1046 - E-mail: cartorio.pajuçara@gmail.com

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA, CONFERIDO (Assinatura), DOU FÉ.
Maracanaú-Ceará, 09/02/2018.


Maria Simone Teixeira dos Santos

Confira os dados do ato em:
selodigital.jus.br/portal


CARTÓRIO COSTA LIMA
PAJUÇARA MARACANAÚ
PÁGINA CORRETORA DE SEG. LTD.
09 ABR. 2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180157645**

Nome do(a) Examinado(a): **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ANTONIO ANGELO, 164 - PAJUÇARA - Maracanaú - CE - CEP 61910-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2003000010519**

Data e local do acidente: [**30/12/2017**] **MONTESE - FORTALEZA - CE.**

Data e local do exame: [**23/04/2018**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA NO PUNHO E NA MÃO ESQUERDA, COM FRATURA NO 4º E 5º METACARPOS. TRAUMA NO PÉ ESQUERDO, COM FRATURA DE OSSOS DO TARSO, CUBOÍDE E CUNEIFORME LATERAL. TRAUMA DE COLUNA VERTEBRAL COM FRATURA DE L1.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO COM FIXAÇÃO CIRÚRGICA NA MÃO COM USO DE FIOS METÁLICOS E IMOBILIZAÇÃO. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURAS DO PÉ E DA COLUNA LOMBAR. EM USO DE IMOBILIZAÇÃO E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM DANOS LEVES.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

A VÍTIMA REFERE DOR EM QUEIMAÇÃO NA FACE POSTERIOR DA COXA ESQUERDA. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO DE MOVIMENTOS NO QUARTO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS, HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DA FORÇA E PREJUÍZO DA PREENSÃO. LOMBOCIATALGIA CRÔNICA PÓS FRATURA COM RETIFICAÇÃO DA LORDOSE LOMBAR. BLOQUEIO PARA INVERSÃO E EVERSAO DO PÉ COM MARCHA CLAUDICANTE.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional da coluna lombar, Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional da mão esquerda

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

% do dano: 10% residual (X) 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

Pé esquerdo

% do dano: 10% residual (X) 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

Coluna lombar

% do dano: 10% residual (X) 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Casemiro Dutra de M. Junior
CRM/CE 6818 CPF 128.879.66-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/01/2018 11:45

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47718130	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lote: 133223/1		
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]	Nº: 17792700	30/12/2017	As: 06:29
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
ANAMNESE			
Queixa Principal	RELATA ACIDENTE DE MOTO, COM DOR LOMBAR E EM MÃO E PÉ ESQ		
Queixa Principal			
CID10	T009 TRAUM SUPERF MULT NE [1]		

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

ASS:

CONFERE CI PRONTUÁRIO
M. Paula 198
2018

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

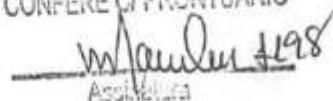
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/01/2018 11:45

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47718130	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/1		
Profissional(is): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1]	Nº: 17764360	30/12/2017	Às: 08:17
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE ANAMNESE Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NEGA DOR CERVICAL. NEGA TCE (GLASGOW 15) TRAUMA EM MÃO ESQUERDA COM FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DOR TORACOLOMBAR (SOLICITO TC DE COLUNA TORACOLOMBAR) SEM DEFÍCITS SENSITIVOMOTOR EM EXTREMIDADES [1]			
Queixa Principal:	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO [1]		
CID10:	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO [1]		
CID10:	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO [1]		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO Alta Após Medicação E Cuidados: Alta após cuidados e/ou medicação [1]			

 LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 09 ABR. 2018

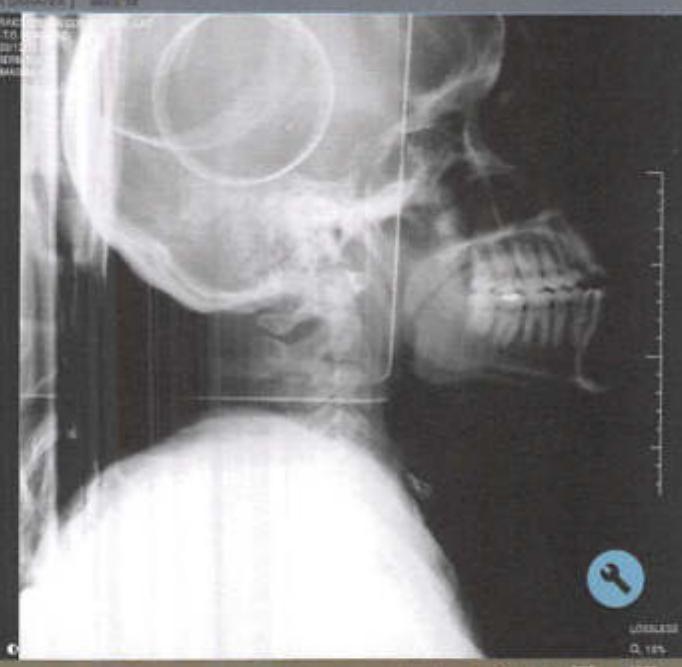
CONFERE C/ PRONTUÁRIO



ASSINADO

RADIO COLUNA CERVICAL AP, LA
TO: DR. LIMA
05/03/2017
SERIE 1/2
RADIUM 01

RAFAEL LIMA DA SILVA GUARANA



Ora: 10:22:00 02/04/2018

LUMBARIS
0,21%LUMBARIS
0,1%

POE FDR PIVVY2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

RAÍZ CALCANHAR
2012-01-17
SERIE 102
IMAGEM 1/1

RAÍZ CALCANHAR 102/102

RAÍZ CALCANHAR
2012-01-17
SERIE 102

E

E

ONW: 1022 WC: 511

LOSSLESS
0,21%

ONW: 852 WC: 486

LOSSLESS
0,21%POK: 1326
PTD: 25/3/2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HAP FORTALEZA
Nº Pedido: 23119941

Data 30/12/2017
Pag 1 de 1

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereço...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula.: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) GILNEY SOARES DE OL

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBAR SUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

TC COLUNA DORSAL E LOMBAR

!RjtAV"

4771813051

TÉCNICA: Exame realizado em projeção axial sem administração de contraste.

COMENTÁRIOS:

- Fratura do segmento superior do corpo vertebral de L1, sem recuo do muro posterior.
- Aspecto normal dos demais corpos vertebrais, pedículos, lâminas, processos articulares, recessos laterais e apófises espinhosas e transversas.
- Os espaços discais estudados têm altura normal.
- Os discos intervertebrais estudados têm morfologia, contornos e coeficientes de atenuação normais.
- O canal espinhal tem morfologia e calibre normal em toda extensão analisada.
- As estruturas das partes moles paravertebrais têm morfologia e coeficientes de atenuação normais.

* Exame documentado em CD.

CLAUDIA FONTENELE BRUNO - CRM 6211-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

LSE

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereço...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE, PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBAR SUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA.

Exame:

RX COLUNA CERVICAL:A.P.-LAT-T.O. OU FLEXAO

!RjtAE"

4771813034

Queixa Principal:

LAUDO :

Visualizado de C1 a C4, somente em perfil.

Corpos vertebrais com osteófitos marginais.

Elementos posteriores sem alterações.

Discos intervertebrais conservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD.

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

cosmo013

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA

Vida & Imagem
Tudo na sua vantagem

Nº Pedido: 23119673

Data 30/12/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereço...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula.: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBAR SUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

RX COLUNA LOMBO SACRA

!RjtAF"

4771813035

LAUDO :

Fratura com discreto acunhamento anterior do corpo de L1, com perda de aproximadamente 20% da altura
desta vértebra. A coluna posterior está aparentemente preservada.

Elementos posteriores sem alterações.

Discos intervertebrais conservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD.

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

logmu013

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA

Nº Pedido: 23119673

Data 30/12/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.:29/04/1986 Sexo:M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereco...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBAR SUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIGUAS - ESQUERDO

!RjtAH'

4771813037

ANÁLISE:

Presença de fraturas em metacarpos do quarto e quinto dedos.

Demais aspectos inalterados.

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

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018
ASS:



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA

Nº Pedido: 23119673

Data 30/12/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereço...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBAR SUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

RX MAO OU QUIRODACTILOS - ESQUERDO

!RjtAD"

4771813033

ANÁLISE:

Presença de fraturas desalinhadas em metacarpos do quarto e quinto dedos.

Superfícies e espaços articulares integros.

Demais aspectos inalterados.

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

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

ASS:



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA

Nº Pedido: 23119673

Data 30/12/2017
Pag 1 de 1

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereço...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula..: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE, PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBAR SUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

RX PE OU PODODACTILOS - ESQUERDO

!RjtAC"

4771813032

LAUDO :

Presença de fratura em cubóide e cuneiforme lateral, mal vistas nas imagens disponíveis

Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

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

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

ASS.



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HOSP ALDEOTA
Nº Pedido: 24096337

Data 09/03/2018

Paciente : 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.:29/04/1986 Sexo:M RG.: 2003009010519 SSP CE CPF.: 02015886338
Paciente:... 0135432 Nascimento: 29/04/1986
Nome: FELIPE ANTONIO ANGELO DE MELLO RAJUSSARA MARACANALUCE 60170020 Tel.: 986003309

Endereço...: R ANTONIO ANGELO 164 PAJUSSARA MARACANAÚ CE 60170020 Tel.: 98

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula.: 57708000226005019
Solicitante: Dr(a) RODRYGO TAVARES

Queixa Principal:

PACIENTE COM LESÃO DA COLUNA

Exame:

!T6Gg."

4919366811

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PEI VE

TÉCNICA

Aquisição em projeção axial, sem o uso de contraste endovenoso.

ANÁLISE·

Bexiga com repleção moderada, conteúdo normal, paredes regulares

Próstata de aspecto tomográfico habitual

Demais órgãos pélvicos se

Não há linfonodomegalias.

www.elsevier.com/locate/bsm

NICOLE ALMEIDA DE ALMEIDABARBALHO - CRM 13332-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
47718130



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

04/01/2018 11:48:38

Prontuário	Nome do Paciente			Sexo	Nascimento	Idade
6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA			M	29/04/1986	31
RG	CPF	Carteira Profissional			Estado Civil	
2003009010519 SSP CE	2015886338				2-SOLTEIRO	
Endereço						
R BARBOSA DE FREITAS, 1653 - MEIRELES, FORTALEZA(CE) CEP 60170020						
Telefone Residencial	Telefone Trabalho					

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATERIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57708000226005019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800- RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
30/12/2017	06:36		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - MARLENE ARAUJO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

CONFERE O PRONTUÁRIO
Marlene Araujo
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

01/02/2018 08:43

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48401319	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]	Nº: 18858434 01/02/2018 às 08:42		
ANAMNESE			
Queixa Principal	22 DIAS DE POS OP DE FRATURA DE MÃO ESG [1]		
Queixa Principal			
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS [1]		
DIAGNÓSTICO			
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS [1]		
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS [1]		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

LÍVIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
48246967

!S;hf"

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

07/02/2018 11:18:54

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA		M	29/04/1986	31
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
2003009010519 SSP CE	2015886338			2-SOLTEIRO	
Endereço					
R ANTONIO ANGELO,164 - PAJUSSARA, MARACANAU(CE) CEP 60170020					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
986003309					

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CIUTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57708000226005019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
25/01/2018	08:10		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente		Clinica	
734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/01/2018 11:36

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48246967	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGÊNCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/4		
Professional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA CRM 7399 [1]	NP: 18626538 25/01/2018 às 11:34		
ANAMNESE			
Queixa Principal	RX FRATURA DE MTC COM ALINHAMENTO E COMPRIIMENTO DENTRO DO ACEITAVEL [1]		
Queixa Principal			
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO [1]		
DIAGNÓSTICO			
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO [1]		
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO [1]		
PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação [1]		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: EDILMAR FERREIRA LESSA 7473681391, às 11:36 BRT de 25/01/2018


LÚBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

ASS:

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/01/2018 08:16

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48246967	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]		Nº: 18620417	25/01/2018 às 08:16
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM 15 DIAS DE POS OP DE FRATRA DE MÃO [1]		
Queixa Principal			
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO [1]		
DIAGNÓSTICO			
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO [1]		
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO [1]		

ASS: 
09 ABR. 2018
CORRETORA DE SEG. LTDA.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/02/2018 10:42

Paciente:	Dt. Nasc.:	29/04/1986	Atendimento:	48246967	Prontuário:
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ		Posto:	POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/4
Profissional(is):	Nº: 18621747 25/01/2018 às 08:54				
CUIDADOS DE ENFERMAGEM					
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CURATIVO MEDIO JUSTIFICADO AS 08:01, EM 25/01/2018 RESP. FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873. MOTIVO: REALIZADO				

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

ASS:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/02/2018 10:43

Paciente:	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48246967	Prontuário:
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1		
Profissional(is):	Nº: 18631263 25/01/2018 às 12:43		
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		CURATIVO GRANDE - REALIZADO AS 12:43, EM 25/01/2018 RESP. JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 238206.	
		MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 12:43, EM 25/01/2018 RESP. JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 238206.	

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
nº ARR. 2018

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

07/02/2018 11:17:58

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA		M	29/04/1986	31
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
2003009010519 SSP CE	2016886338			2-SOLTEIRO	
Endereço					
R ANTONIO ANGELO,164 - PAJUSSARA, MARACANAU(CE) CEP 60170020					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
986003309					

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57708000226005019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
18/01/2018	07:41		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente	Clinica		
1630440 MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/01/2018 08:24

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	DL Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48092845	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Letto: /	
Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA CRM 7399 [1]	Nº: 18385845 18/01/2018 às 08:21		

ANAMNESE

Queixa Principal	SEGUIMENTO PO 1 SEM DE FRATURA DE METACARPO RX OK CD MANTIDA	[1]
------------------	--	-----

Queixa Principal		
------------------	--	--

CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO	[1]
-------	-------------------------------------	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO	[1]
-------	-------------------------------------	-----

CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO	[1]
-------	-------------------------------------	-----

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]
--------------------------------	-----------------------------------	-----

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/01/2018 07:47

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIWA	Dt Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48092645	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO CRM 10780 [1]		Nº: 18384715	18/01/2018 às 07:47
ANAMNESE			
Queixa Principal	fratura mão		[1]
Queixa Principal			
CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/02/2018 10:38

Paciente:	Dt. Nasc.:	29/04/1986	Atendimento:	48092645	Prontuário:
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ		Posto:	POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/1
Profissional(is):	Nº: 18366887 18/01/2018 às 08:56				
CUIDADOS DE ENFERMAGEM					
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 08:56, EM 18/01/2018 RESP. FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.				
	CURATIVO GRANDE REALIZADO AS 08:56, EM 18/01/2018 RESP. FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.				

6IA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
48401319

!SK06"

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

07/02/2018 11:17:19

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA		M	29/04/1986	31
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
2003009010519 SSP CE	2015886338			2-SOLTEIRO	
Endereço					
R ANTONIO ANGELO,164 - PAJUSSARA, MARACANAU(CE) CEP 60170020					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
986003309					

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57708000226005019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
01/02/2018	08:29		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente	Clinica		
734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	6-TRAUMATOLOGICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
n 9 ABR. 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/02/2018 10:44

Paciente:	Dt. Nasc.:	29/04/1986	Atendimento:	48401319	Prontuário:
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ		Posto:	POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/5
Profissional(is):			Nº:	18860573	01/02/2018 às 09:30
CUIDADOS DE ENFERMAGEM					
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE					
CURATIVO EXTRA GRANDE REALIZADO AS 09:30, EM 01/02/2018 RESP. FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.					
MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 09:30, EM 01/02/2018 RESP. FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.					

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

 Atendimento
47911527

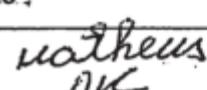
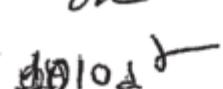

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

OK

10/01/2018 05:28:16

P	tuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6159465		RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	M	29/04/1986	31
RG	CPF	Carteira Profissional			Estado Civil
2003009010519 SSP CE	2015886338				2-SOLTEIRO
Endereço					
R ANTONIO ANGELO 164 PAJUSSARA MARACANAÚ-CE CEP:60170020					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe			
986003309		ROSELI DA SILVA SARAIVA			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor					
116300-RECEPCAO EMG ADULTO					
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento		
11/01/2018	00:04				
Médico Atendente	Clínica				
3391809 LIVIO DE SOUZA COSTA	4-CIRURGICA				
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento				
3391809 LIVIO DE SOUZA COSTA	0 INTERNACAO				
Avaliação médica	  				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	TERRA LUZ TRANSPORTES S/A
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA	COLETIVO
Carteira	Validade	
57708000226005019		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
POSTO 1A	1010 ENFERMARIA	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
25358014	99996666	C57318919	INTERNACAO
25358014	30722411	C57318919	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO
			CIRURGICO C/ FIXACAO
25358014	30722462	C57318976	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA
25358014	30732026	C57319031	ENXERTO OSSEO

BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 08:05

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986.	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 219/1
Profissional(is): EDILMAR LESSA (DESSA MEDICO CRM/SP/739911)			Nº: 18111875 10/01/2018 às 07:10
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S623		
Diagnóstico Cirúrgico	S623		
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	10/01/2018		
Hora Da Cirurgia	07:10		
Cirurgia	OSTEOSSÍTESE DE FRATURA DE METACARPO		
Cirurgião	EDILMAR LESSA		
1º Auxiliar	LIVIO COSTA		
Anestesista	DRA CAMILA MARQUES		
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA; ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E CAMPEAMENTO; REDUÇÃO DAS FRATURAS DO QUARTO E QUINTO METACARPO SOB RADIOSCOPIA; FIXAÇÃO COM FIOS K 1,5 MM; CONTROLE RADIGRÁFICO; CURATIVO; TALA GESSADA.		
Códigos Dos Procedimentos	30722411; 30722462; 30732026		

Dr. Edilmar Lessa
Traumatologista e Ortopedista
CRM/SP/739911
10/01/2018

IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 07:40

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1		
Profissional(is): ALINE VANIA NASCIMENTO BRAGA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1014735[1]	Nº: 18112408 10/01/2018 às 07:36		
DADOS DA ADMISSÃO			
Data Da Cirurgia	10/01/2018 [1]		
Hora Da Cirurgia	06:30 [1]		
Cirurgia	FRAT. DE METACARPO [1]		
Equipe Cirúrgica	DR EDILMAR DR ANEST DRA CAMILA INSTR GISLENE CIRC ALINE+ ANA CAROLINA [1]		
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
Confirmar Identidade Do Paciente	SIM. [1]		
Prontuário Ativo	SIM. [1]		
Opme Checado	SIM. [1]		
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM. [1]		
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não. [1]		
Checagem Completa Das Medicamentos Anestésicos	SIM. [1]		
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 600 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	Não. [1]		
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	Não. [1]		
Confirmação De Vaga Em UTI	Não se aplica. [1]		
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
Membros da Equipe Cirúrgica	Sim. [1]		
Lateralidade Do Procedimento	ESQUERDA. [1]		
Paciente Certo	SIM. [1]		
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM. [1]		
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS			
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim. [1]		
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	SIM. [1]		
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM. KEFAZOL 2G 06:30 [1]		
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	SIM. [1]		
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM. [1]		
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO			
Orientação De Posicionamento De Membros	SIM. [1]		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM. [1]		
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	SIM. [1]		
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	Não se aplica. [1]		

 BA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

 Dr. Edilmar Lessa
Médico de Ortopedia
CREFITO 1014735

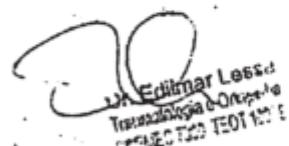
CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 07:40

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 479/11527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 219/1
Preenchimento De Guias E/Ou Cirurgião	Relatórios Pelo Médico	SIM.	[1]
Manter Cabeceira Dó Leito Elevado 30 A 45 Graus		SIM.	[1]
Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas		Não se aplica.	[1]



Edilmar Lessa
Traumatologia e Ortopedia
CRMESP 101111



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
n 9 ABR. 2018


ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA		Dt. Nasc.:	29/04/1986	Atendimento:	47911527	Prontuário:	6159465
Convenio:	HAPPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição:	15572975	Atend.:	07:00	Reg.:	00178820
Posto:	RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA		Leito:	219/1	Pronto:	07:10:10	07:10:10	07:10:10
1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			Peso:	80,00 kg				
PLANO NUTRICIONAL								
2.Hidratação Venosa Fase Única								
SORO FISIOLOGICO 0,9%								
3.PLAMET (5,00mg/ml)								
	Aqua Desilidata	10mg	Vol. Total:	500 ml	UD	3/3h	ORAL	
		18ml		500 ml	(AMPL C10MG)	8/8h	EV	14 12 06
4.DIPIRONA (500,00mg/ml)	Aqua Desilidata	1000 mg		2ML	(AMPL C500MC	6/6h	EV	14 12 06
		18 ml						
5.TRAMAL (50,00mg/ml)		50 mg		1ML	(AMPL C50MG)	8/8h	EV	14 12 06
	Soro Fisiologico 0,9%			100 ml				
6.PROFENID IV (100,00mg)		100 mg		1UD	(C100MG)	8/8h	EV	14 12 06
	Soro Fisiologico 0,9%			100 ml				
7.SINAIS VITais								
8.MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO								

Emissão

09/04/2018 07:10:10

Página:

*LIBIA CORRETORA DE
SEGUROS
09 ABR*

Ass:

*Dr. Lívio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19884 CFC 15731*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 01:29

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	DL Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1A	Leito: 1010/1	

Profissional(is): FLÁVIA NASCIMENTO DOS SANTOS ENFERMEIRO(A) COREN-CE 35834 [1]	Nº: 18109826	10/01/2018	às 01:24
---	--------------	------------	----------

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem		PACIENTE, R.L.S, 31 ANOS, SEXO MASCULINO. HD: PRE OPERATÓRIO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE METATARSO EM MÃO EQUERDA. ADMITIDO NO POSTO 1A PROVENIENTE DA SUA RESIDÊNCIA. NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS E COMORBIDADES.	[1]
		<p>EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM REPOUSO NO LEITO.</p> <p>EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOCORADO, SSVV ESTÁVEIS.</p> <p>EM DIETA ZERO. DIURESE ESPONTÂNEA.</p> <p>ELIMINAÇÕES AUSENTES NO PERÍODO.</p> <p>EM USO DE COLETE DE IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA VERTEBRAL.</p> <p>RELATA FRATURA EM L1.</p> <p>NÃO REFERE QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - REALIZO ORIENTAÇÕES PRÉ OPERATÓRIA. - CONFIRMADO PROCEDIMENTO PARA 05:30. 	

PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
Sem Dispositivos Invasivos		Sim	[1]


 Flávia Nascentes
Enfermeira
COREN-CE 35834

 LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

:55

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

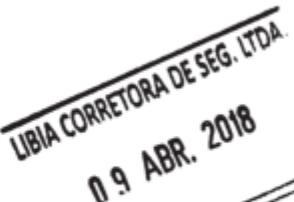
Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 10:27

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Masc.: 29/04/1986	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1A	Leito: 1010/1	
Profissional(is): ANA CRISTINA DE SOUSA SANTANA BROLI TENEFERMEIRO (AT) COREN-CE 376646 [1]	DE SOUSA SANTANA BROLI TENEFERMEIRO (AT) COREN-CE 376646 [1]	Nº: 18118412	10/01/2018 às 10:28
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACT. EVOLUI CÓM MELHORA NO QUADRO RETIRADO AVP ALTA MEDICA. [1]		
PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
Sem Dispositivos Invasivos	Sim [1]		


Ana Cristina
Enfermeira
COREN-CE: 376.648


LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 08:1

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTÉ	Leito: 219/1
Profissional(is): EDILMAR SERGIO DALESSANDRO CRM 139911		Nº: 18113188	10/01/2018, às 08:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO	
Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTEÓSSÍNTSE DE FRATURA DO QUINTO E QUARTO METACARPO-ESQUERDO. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITais DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. [1]
CID 10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO [1]

Dr. Edilmar L 6823
Traumatologia e Ortopedia
CRM-SC 139 10/01/2018

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018
ASS.

RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTOS
CONTROLADOS PELA PORTARIA
344/98

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE - FORTALEZA

Atendimento: 47911527 Prescrição: 15572975 Item: 3 Receita Num: 2018015848

Nome do Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Unidade: RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA

Medicamento: TRAMAL 50MG

Apresentacao: AMPOLA

Via de administração: ENDOVENOSA

Posologia: 8/8h

Data: 10 DE JANEIRO DE 2018

LJ. Edilmar Lessa
Tramadol 50mg 01x400mg
RECETOR: 150710225

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. EDILMAR FERREIRA LESSA CRM - 7399

ESTE MEDICAMENTO PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA E/OU QUÍMICA

Impresso por
EDILMAR FERREIRA LESSA
Em: 10/01/2018 07:08:47

RP1543_N
193.89.4.101

IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 08:03

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MÁTRIZ	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 219/1		
Clorexedine Degermante	Sim	[1]	
Álcool	Sim	[1]	
Éter	Sim	[1]	
Material	FIO DE KIRCHENR	[1]	
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	COM TALA GESSADA	[1]	
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]	
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]	
Encaminhamento Do Paciente		[1]	
Horário De Saída Da S.O	08:15	[1]	
SINAIS VITAIS			
T	36 °C	[1]	
P脉	115 bpm	[1]	
PA	134X62	[1]	
FC	115 bpm	[1]	
FR	20 rrpm	[1]	
Dor	NENHUMA.	[1]	
OUTROS DADOS E SINAIS			
Sat O2	88 %	[1]	
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS			
Data	10/01/2018	[1]	
Hora	06:30	[1]	
OBSERVAÇÕES / INTÉRCORRÊNCIAS			
Observação	PCTE ADMITIDO NO CC PARA SUB A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRAT. DE METCARPO COM DR EDILMAR LESSA, ANESTESIA SEDAÇÃO + BLOQUEI DE PLEXO COM A DRA CÂMILA, PCTE VEIO PROCEDENTE DO POSTO DE ENF CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, PUNCIONADO AVP EM MSD PARA HV EM CURSO, REALIZADO RX EM SALA, PCTE ENCAMINHADO PARA SRPA COM TALA GESSADA.		
Intercorrências	NENHUMA		
Eletrodos	TORAX		
Incisão Cirúrgica	MAO		
Punções Venosas	MSD		
PÓS-OPERATÓRIO			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LIBIA
 09 ABR. 2018



ANTONIO PRUDENTE

Pl: Rafael Luis de Souza Souza

Sintos TC de duas torcedoras do
presente representado. Presente sintomas
de acentuado inchaço periorbita, poliantraz,
cobertos com as torcedoras (suspeito
de fraturas de vertébras).

Dr. Davi Costa
Cirurgião-Dentista
CRM 12339 / EOT 15731



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

30/12/77



SO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 4 3732456

J. N. GUARAFONDA (Faculdade Intermediária)

ANS - nº 36.825.3		3 - Nº GUIA FINANCIAS (Banco de Intermediário)		4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	5 - SENHA	6 - DATA VALIDADE DA SENHA	7 - DATA DE ENVIAMENTO DA GUIA
NÚMERO DA CARTEIRA		9 - NOME		DADOS DA AUTORIZAÇÃO			
- NOME		Rafael Luis da Silva Souza		DADOS DO BENEFICIÁRIO			
- CÓDIGO NA GERAÇÃO DA / CNPJ / CPF		10 - NOME DO CONTRATADO		11 - NOME DO CARTEIRA			
- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		12 - NOME DO CONTRATADO		13 - VALIDADE DA CARTEIRA			
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		14 - NOME DO CONTRATADO		15 - NOME DO BENEFICIÁRIO			
DADOS DO CONTRATADO		16 - NOME DO BENEFICIÁRIO		17 - NOME DO BENEFICIÁRIO			
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS		18 - NOME DO CONSELHO		19 - UF			
20 - INDICAÇÃO CLÍNICA (Relação entre a previsão clínica, triagem, consulta referenciada e alta clínica)		21 - CONSELHO PROFISSIONAL		20 - CÓDIGO UF			
22 - CANTER DA SOLICITAÇÃO		23 - CID 10		21 - CONSELHO PROFISSIONAL			
- TABELA 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		E - Efecto U - Unintencionality		22 - CID 10			
26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		23 - CID 10			
- TABELA		Conselho com especifico de dados		24 - CID 10			
28 - CÓDIGO DO CONTRATADO		29 - DESCRIÇÃO		25 - CID 10			
- TABELA		Agenda para a Tabela numero de Janeiro / 2018		26 - CID 10			
30 - CÓDIGO DO CONTRATADO		31 - DESCRIÇÃO		27 - CID 10			
- TABELA		32 - DESCRIÇÃO		28 - CID 10			
33 - CÓDIGO DO CONTRATADO		34 - DESCRIÇÃO		29 - CID 10			
- TABELA		35 - DESCRIÇÃO		30 - CID 10			
36 - CÓDIGO DO CONTRATADO		37 - DESCRIÇÃO		31 - CID 10			
- TABELA		38 - DESCRIÇÃO		32 - CID 10			
39 - CÓDIGO DO CONTRATADO		40 - DESCRIÇÃO		33 - CID 10			
- TABELA		41 - DESCRIÇÃO		34 - CID 10			
42 - CÓDIGO DO CONTRATADO		43 - DESCRIÇÃO		35 - CID 10			
- TABELA		44 - DESCRIÇÃO		36 - CID 10			
45 - CÓDIGO DO CONTRATADO		46 - DESCRIÇÃO		37 - CID 10			
- TABELA		47 - DESCRIÇÃO		38 - CID 10			
48 - CÓDIGO DO CONTRATADO		49 - DESCRIÇÃO		39 - CID 10			
- TABELA		50 - DESCRIÇÃO		40 - CID 10			
51 - CÓDIGO DO CONTRATADO		52 - DESCRIÇÃO		41 - CID 10			
- TABELA		53 - DESCRIÇÃO		42 - CID 10			
54 - CÓDIGO DO CONTRATADO		55 - DESCRIÇÃO		43 - CID 10			
- TABELA		56 - DESCRIÇÃO		44 - CID 10			
57 - CÓDIGO DO CONTRATADO		58 - DESCRIÇÃO		45 - CID 10			
- TABELA		59 - DESCRIÇÃO		46 - CID 10			
60 - CÓDIGO DO CONTRATADO		61 - DESCRIÇÃO		47 - CID 10			
- TABELA		62 - DESCRIÇÃO		48 - CID 10			
63 - CÓDIGO DO CONTRATADO		64 - DESCRIÇÃO		49 - CID 10			
- TABELA		65 - DESCRIÇÃO		50 - CID 10			
66 - CÓDIGO DO CONTRATADO		67 - DESCRIÇÃO		51 - CID 10			
- TABELA		68 - DESCRIÇÃO		52 - CID 10			
69 - CÓDIGO DO CONTRATADO		70 - DESCRIÇÃO		53 - CID 10			
- TABELA		71 - DESCRIÇÃO		54 - CID 10			
72 - CÓDIGO DO CONTRATADO		73 - DESCRIÇÃO		55 - CID 10			
- TABELA		74 - DESCRIÇÃO		56 - CID 10			
75 - CÓDIGO DO CONTRATADO		76 - DESCRIÇÃO		57 - CID 10			
- TABELA		77 - DESCRIÇÃO		58 - CID 10			
78 - CÓDIGO DO CONTRATADO		79 - DESCRIÇÃO		59 - CID 10			
- TABELA		80 - DESCRIÇÃO		60 - CID 10			
81 - CÓDIGO DO CONTRATADO		82 - DESCRIÇÃO		61 - CID 10			
- TABELA		83 - DESCRIÇÃO		62 - CID 10			
84 - CÓDIGO DO CONTRATADO		85 - DESCRIÇÃO		63 - CID 10			
- TABELA		86 - DESCRIÇÃO		64 - CID 10			
87 - CÓDIGO DO CONTRATADO		88 - DESCRIÇÃO		65 - CID 10			
- TABELA		89 - DESCRIÇÃO		66 - CID 10			
90 - CÓDIGO DO CONTRATADO		91 - DESCRIÇÃO		67 - CID 10			
- TABELA		92 - DESCRIÇÃO		68 - CID 10			
93 - CÓDIGO DO CONTRATADO		94 - DESCRIÇÃO		69 - CID 10			
- TABELA		95 - DESCRIÇÃO		70 - CID 10			
96 - CÓDIGO DO CONTRATADO		97 - DESCRIÇÃO		71 - CID 10			
- TABELA		98 - DESCRIÇÃO		72 - CID 10			
99 - CÓDIGO DO CONTRATADO		100 - DESCRIÇÃO		73 - CID 10			
- TABELA		101 - DESCRIÇÃO		74 - CID 10			
102 - CÓDIGO DO CONTRATADO		103 - DESCRIÇÃO		75 - CID 10			
- TABELA		104 - DESCRIÇÃO		76 - CID 10			
105 - CÓDIGO DO CONTRATADO		106 - DESCRIÇÃO		77 - CID 10			
- TABELA		107 - DESCRIÇÃO		78 - CID 10			
108 - CÓDIGO DO CONTRATADO		109 - DESCRIÇÃO		79 - CID 10			
- TABELA		110 - DESCRIÇÃO		80 - CID 10			
111 - CÓDIGO DO CONTRATADO		112 - DESCRIÇÃO		81 - CID 10			
- TABELA		113 - DESCRIÇÃO		82 - CID 10			
114 - CÓDIGO DO CONTRATADO		115 - DESCRIÇÃO		83 - CID 10			
- TABELA		116 - DESCRIÇÃO		84 - CID 10			
117 - CÓDIGO DO CONTRATADO		118 - DESCRIÇÃO		85 - CID 10			
- TABELA		119 - DESCRIÇÃO		86 - CID 10			
120 - CÓDIGO DO CONTRATADO		121 - DESCRIÇÃO		87 - CID 10			
- TABELA		122 - DESCRIÇÃO		88 - CID 10			
123 - CÓDIGO DO CONTRATADO		124 - DESCRIÇÃO		89 - CID 10			
- TABELA		125 - DESCRIÇÃO		90 - CID 10			
126 - CÓDIGO DO CONTRATADO		127 - DESCRIÇÃO		91 - CID 10			
- TABELA		128 - DESCRIÇÃO		92 - CID 10			
129 - CÓDIGO DO CONTRATADO		130 - DESCRIÇÃO		93 - CID 10			
- TABELA		131 - DESCRIÇÃO		94 - CID 10			
132 - CÓDIGO DO CONTRATADO		133 - DESCRIÇÃO		95 - CID 10			
- TABELA		134 - DESCRIÇÃO		96 - CID 10			
135 - CÓDIGO DO CONTRATADO		136 - DESCRIÇÃO		97 - CID 10			
- TABELA		137 - DESCRIÇÃO		98 - CID 10			
138 - CÓDIGO DO CONTRATADO		139 - DESCRIÇÃO		99 - CID 10			
- TABELA		140 - DESCRIÇÃO		100 - CID 10			
141 - CÓDIGO DO CONTRATADO		142 - DESCRIÇÃO		101 - CID 10			
- TABELA		143 - DESCRIÇÃO		102 - CID 10			
144 - CÓDIGO DO CONTRATADO		145 - DESCRIÇÃO		103 - CID 10			
- TABELA		146 - DESCRIÇÃO		104 - CID 10			
147 - CÓDIGO DO CONTRATADO		148 - DESCRIÇÃO		105 - CID 10			
- TABELA		149 - DESCRIÇÃO		106 - CID 10			
150 - CÓDIGO DO CONTRATADO		151 - DESCRIÇÃO		107 - CID 10			
- TABELA		152 - DESCRIÇÃO		108 - CID 10			
153 - CÓDIGO DO CONTRATADO		154 - DESCRIÇÃO		109 - CID 10			
- TABELA		155 - DESCRIÇÃO		110 - CID 10			
156 - CÓDIGO DO CONTRATADO		157 - DESCRIÇÃO		111 - CID 10			
- TABELA		158 - DESCRIÇÃO		112 - CID 10			
159 - CÓDIGO DO CONTRATADO		160 - DESCRIÇÃO		113 - CID 10			
- TABELA		161 - DESCRIÇÃO		114 - CID 10			
162 - CÓDIGO DO CONTRATADO		163 - DESCRIÇÃO		115 - CID 10			
- TABELA		164 - DESCRIÇÃO		116 - CID 10			
165 - CÓDIGO DO CONTRATADO		166 - DESCRIÇÃO		117 - CID 10			
- TABELA		167 - DESCRIÇÃO		118 - CID 10			
168 - CÓDIGO DO CONTRATADO		169 - DESCRIÇÃO		119 - CID 10			
- TABELA		170 - DESCRIÇÃO		120 - CID 10			
171 - CÓDIGO DO CONTRATADO		172 - DESCRIÇÃO		121 - CID 10			
- TABELA		173 - DESCRIÇÃO		122 - CID 10			
174 - CÓDIGO DO CONTRATADO		175 - DESCRIÇÃO		123 - CID 10			
- TABELA		176 - DESCRIÇÃO		124 - CID 10			
177 - CÓDIGO DO CONTRATADO		178 - DESCRIÇÃO		125 - CID 10			
- TABELA		179 - DESCRIÇÃO		126 - CID 10			
180 - CÓDIGO DO CONTRATADO		181 - DESCRIÇÃO		127 - CID 10			
- TABELA		182 - DESCRIÇÃO		128 - CID 10			
183 - CÓDIGO DO CONTRATADO		184 - DESCRIÇÃO		129 - CID 10			
- TABELA		185 - DESCRIÇÃO		130 - CID 10			
186 - CÓDIGO DO CONTRATADO		187 - DESCRIÇÃO		131 - CID 10			
- TABELA		188 - DESCRIÇÃO		132 - CID 10			
189 - CÓDIGO DO CONTRATADO		190 - DESCRIÇÃO		133 - CID 10			
- TABELA		191 - DESCRIÇÃO		134 - CID 10			
192 - CÓDIGO DO CONTRATADO		193 - DESCRIÇÃO		135 - CID 10			
- TABELA		194 - DESCRIÇÃO		136 - CID 10			
195 - CÓDIGO DO CONTRATADO		196 - DESCRIÇÃO		137 - CID 10			
- TABELA		197 - DESCRIÇÃO		138 - CID 10			
198 - CÓDIGO DO CONTRATADO		199 - DESCRIÇÃO		139 - CID 10			
- TABELA		200 - DESCRIÇÃO		140 - CID 10			
201 - CÓDIGO DO CONTRATADO		202 - DESCRIÇÃO		141 - CID 10			
- TABELA		203 - DESCRIÇÃO		142 - CID 10			
204 - CÓDIGO DO CONTRATADO		205 - DESCRIÇÃO		143 - CID 10			
- TABELA		206 - DESCRIÇÃO		144 - CID 10			
207 - CÓDIGO DO CONTRATADO		208 - DESCRIÇÃO		145 - CID 10			
- TABELA		209 - DESCRIÇÃO		146 - CID 10			
210 - CÓDIGO DO CONTRATADO		211 - DESCRIÇÃO		147 - CID 10			
- TABELA		212 - DESCRIÇÃO		148 - CID 10			
213 - CÓDIGO DO CONTRATADO		214 - DESCRIÇÃO		149 - CID 10			
- TABELA		215 - DESCRIÇÃO		150 - CID 10			
216 - CÓDIGO DO CONTRATADO		217 - DESCRIÇÃO		151 - CID 10			
- TABELA		218 - DESCRIÇÃO		152 - CID 10			
219 - CÓDIGO DO CONTRATADO		220 - DESCRIÇÃO		153 - CID 10			
- TABELA		221 - DESCRIÇÃO		154 - CID 10			
222 - CÓDIGO DO CONTRATADO		223 - DESCRIÇÃO		155 - CID 10			
- TABELA		224 - DESCRIÇÃO		156 - CID 10			
225 - CÓDIGO DO CONTRATADO		226 - DESCRIÇÃO		157 - CID 10			
- TABELA		227 - DESCRIÇÃO		158 - CID 10			
228 - CÓDIGO DO CONTRATADO		229 - DESCRIÇÃO		159 - CID 10			
- TABELA		230 - DESCRIÇÃO		160 - CID 10			
231 - CÓDIGO DO CONTRATADO		232 - DESCRIÇÃO		161 - CID 10			
- TABELA		233 - DESCRIÇÃO		162 - CID 10			
234 - CÓDIGO DO CONTRATADO		235 - DESCRIÇÃO		163 - CID 10			
- TABELA		236 - DESCRIÇÃO		164 - CID 10			
237 - CÓDIGO DO CONTRATADO		238 - DESCRIÇÃO		165 - CID 10			
- TABELA		239 - DESCRIÇÃO		166 - CID 10			
240 - CÓDIGO DO CONTRATADO		241 - DESCRIÇÃO		167 - CID 10			
- TABELA		242 - DESCRIÇÃO		168 - CID 10			
243 - CÓDIGO DO CONTRATADO		244 - DESCRIÇÃO		169 - CID 10			
- TABELA		245 - DESCRIÇÃO		170 - CID 10			
246 - CÓDIGO DO CONTRATADO		247 - DESCRIÇÃO		171 - CID 10			
- TABELA		248 - DESCRIÇÃO		172 - CID 10			
249 - CÓDIGO DO CONTRATADO		250 - DESCRIÇÃO		173 - CID 10			
- TABELA		251 - DESCRIÇÃO		174 - CID 10			
252 - CÓDIGO DO CONTRATADO		253 - DESCRIÇÃO		175 - CID 10			
- TABELA		254 - DESCRIÇÃO		176 - CID 10			
255 - CÓDIGO DO CONTRATADO		256 - DESCRIÇÃO		177 - CID 10			
- TABELA		257 - DESCRIÇÃO		178 - CID 10			
258 - CÓDIGO DO CONTRATADO		259 - DESCRIÇÃO		179 - CID 10			
- TABELA		260 - DESCRIÇÃO		180 - CID 10			
261 - CÓDIGO DO CONTRATADO		262 - DESCRIÇÃO		181 - CID 10			
- TABELA		263 - DESCRIÇÃO		182 - CID 10			
264 - CÓDIGO DO CONTRATADO		265 - DESCRIÇÃO		183 - CID 10			
- TABELA		266 - DESCRIÇÃO		184 - CID 10			
267 - CÓDIGO DO CONTRATADO		268 - DESCRIÇÃO		185 - CID 10			
- TABELA		269 - DESCRIÇÃO		186 - CID 10			
270 - CÓDIGO DO CONTRATADO		271 - DESCRIÇÃO		187 - CID 10			
- TABELA		272 - DESCRIÇÃO		188 - CID 10			
273 - CÓDIGO DO CONTRATADO		274 - DESCRIÇÃO		189 - CID 10			
- TABELA		275 - DESCRIÇÃO		190 - CID 10			
276 - CÓDIGO DO CONTRATADO		277 - DESCRIÇÃO		191 - CID 10			
- TABELA		278 - DESCRIÇÃO		192 - CID 10			
279 - CÓDIGO DO CONTRATADO		280 - DESCRIÇÃO		193 - CID 10			
- TABELA		281 - DESCRIÇÃO		194 - CID 10			
282 - CÓDIGO DO CONTRATADO		283 - DESCRIÇÃO		195 - CID 10			
- TABELA		284 - DESCRIÇÃO		196 - CID 10			
285 - CÓDIGO DO CONTRATADO		286 - DESCRIÇÃO		197 - CID 10			
- TABELA		287 - DESCRIÇÃO		198 - CID 10			
288 - CÓDIGO DO CONTRATADO		289 - DESCRIÇÃO		199 - CID 10			
- TABELA		290 - DESCRIÇÃO		200 - CID 10			
291 - CÓDIGO DO CONTRATADO		292 - DESCRIÇÃO		201 - CID 10			
- TABELA		293 - DESCRIÇÃO		202 - CID 10			
294 - CÓDIGO DO CONTRATADO		295 - DESCRIÇÃO		203 - CID 10			
- TABELA		296 - DESCRIÇÃO		204 - CID 10			
297 - CÓDIGO DO CONTRATADO		298 - DESCRIÇÃO		205 - CID 10			
- TABELA		299 - DESCRIÇÃO		206 - CID 10			
300 - CÓDIGO DO CONTRATADO		301 - DESCRIÇÃO		207 - CID 10			
- TABELA		302 - DESCRIÇÃO		208 - CID 10			
303 - CÓDIGO DO CONTRATADO		304 - DESCRIÇÃO		209 - CID 10			
- TABELA		305 - DESCRIÇÃO		210 - CID 10			
306 - CÓDIGO DO CONTRATADO		307 - DESCRIÇÃO		211 - CID 10			
- TABELA		308 - DESCRIÇÃO		212 - CID 10			
309 - CÓDIGO DO CONTRATADO		310 - DESCRIÇÃO		213 - CID 10			
- TABELA		311 - DESCRIÇÃO		214 - CID 10			
312 - CÓDIGO DO CONTRATADO		313 - DESCRIÇÃO		215 - CID 10			
- TABELA		314 - DESCRIÇÃO		216 - CID 10			
315 - CÓDIGO DO CONTRATADO		316 - DESCRIÇÃO		217 - CID 10			
- TABELA		317 - DESCRIÇÃO		218 - CID 10			
318 - CÓDIGO DO CONTRATADO		319 - DESCRIÇÃO		219 - CID 10			
- TABELA		320 - DESCRIÇÃO		220 - CID 10			
321 - CÓDIGO DO CONTRATADO		322 - DESCRIÇÃO		221 - CID 10			
- TABELA		323 - DESCRIÇÃO		222 - CID 10			
324 - CÓDIGO DO CONTRATADO		325 - DESCRIÇÃO		223 - CID 10			
- TABELA		326 - DESCRIÇÃO		224 - CID 10			
327 - CÓDIGO DO CONTRATADO		328 - DESCRIÇÃO		225 - CID 10			
- TABELA		329 - DESCRIÇÃO		226 - CID 10			
330 - CÓDIGO DO CONTRATADO		331 - DESCRIÇÃO		227 - CID 10			
- TABELA		332 - DESCRIÇÃO		228 - CID 10			
333 - CÓDIGO DO CONTRATADO		334 - DESCRIÇÃO		229 - CID 10			
- TABELA		335 - DESCRIÇÃO		230 - CID 10			
336 - CÓDIGO DO CONTRATADO		337 - DESCRIÇÃO		231 - CID 10			
- TABELA		338 - DESCRIÇÃO		232 - CID 10			
339 - CÓDIGO DO CONTRATADO		340 - DESCRIÇÃO		233 - CID 10			
- TABELA		341 - DESCRIÇÃO		234 - CID 10			
342 - CÓDIGO DO CONTRATADO		343 - DESCRIÇÃO		235 - CID 10			
- TABELA		344 - DESCRIÇÃO		236 - CID 10			
345 - CÓDIGO DO CONTRATADO		346 - DESCRIÇÃO		237 - CID 10			
- TABELA		347 - DESCRIÇÃO		238 - CID 10			
348 - CÓDIGO DO CONTRATADO		349 - DESCRIÇÃO		239 - CID 10			
- TABELA		350 - DESCRIÇÃO		240 - CID 10			
351 - CÓDIGO DO CONTRATADO		352 - DESCRIÇÃO		241 - CID 10			
- TABELA		353 - DESCRIÇÃO		242 - CID 10			
354 - CÓDIGO DO CONTRATADO		355 - DESCRIÇÃO		243 - CID 10			
- TABELA		356 - DESCRIÇÃO		244 - CID 10			
357 - CÓDIGO DO CONTRATADO		358 - DESCRIÇÃO		245 - CID 10			
- TABELA		359 - DESCRIÇÃO		246 - CID 10			
360 - CÓDIGO DO CONTRATADO		361 - DESCRIÇÃO		247 - CID 10			
- TABELA		362 - DESCRIÇÃO		248 - CID 10			
363 - CÓDIGO DO CONTRATADO		364 - DESCRIÇÃO		249 -			

CÓD. 888625 - 10,000 BLS. - 5011 - DE 43.671.001 a 44.171.000 - 10/17

Scanned by CamScanner



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº 25358014

1 - Registro ANS ANS nº 36825-3	3 - Data de Autorização / / / / /	4 - Senha C573 *	5 - Data de Validade da Senha / / / / /	6 - Data de Emissão da Guia / / / / /
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
7 - Número da Carteira 057198000226005	8 - Plano	9 - Validade da Carteira / / / / /		
10 - Nome Rafael Luis da Silveira Souza	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF / / / / /	13 - Nome do Contratado / / / / /	14 - Código CNES / / / / /		
15 - Nome do Profissional Solicitante / / / / /	16 - Conselho Profissional / / / / /	17 - Número no Conselho / / / / /	18 - UF S	19 - Código CBO / / / / /
DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO				
20 - Código na Operadora / CNPJ / / / / /	21 - Nome do Prestador / / / / /			
22 - Caráter da Internação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica			
24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas / / / / /			
26 - Indicação Clínica Fraturas do 4º e 5º metatarsos da mina em quebrado				
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS				
27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias / / - / / / /	29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros / / / / /		
30 - CID 10 Principal S1612	31 - CID 10 (2) / / / / /	32 - CID 10 (3) / / / / /	33 - CID 10 (4) / / / / /	37 - Qtde. Solt. 38 - Qtde. Autor. / / / / /
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS				
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1 - 30722411 2 - 30722462 3 - 30732026 4 - 5 -	36 - Descrição Tb evolução de fratura de metatarsos Repos ferro laminar nos nrs Entubos s/abs	38 - Qtde. Solt. 39 - Qtde. Autor. / / / / /		
OPM SOLICITADOS				
39 - Tabela 40 - Código do OPM 1 - 2 - 3 - 4 - 5 -	41 - Descrição do OPM 4 fios de Kirschner	42 - Qtde. / / / / /	43 - Fabricante / / / / /	44 - Valor Unitário - R\$ / / / / /
DADOS DA AUTORIZAÇÃO				
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar / / / / /	46 - Qtde. Diárias Autorizadas / / / / /	47 - Tipo de Acomodação Autorizada / / / / /		
48 - Código na Operadora / CNPJ / / / / /	49 - Nome do Prestador Autorizado / / / / /	50 - Código CNES / / / / /		
51 - Observação / / / / /				
52 - Data e Assinatura do Médico Botânico / Consultor / Odontologista / / / / /	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*) / / / / /	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização / / / / /		
(*) Autorizo aos prestadores dos serviços anexar à fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação, cópias do				

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA** às 12:05 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **30 (TRINTA)** dias,
a partir de **30/12/2017**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

LIVIO DE SOUZA COSTA

CRM 18389

Dr. Lívio Costa
Otorrinolaringologia
CRM 18389 TEO1 15731

Aceito a Colocação do CID. Assinado **us**

Código de Autenticação : BGFME27H5N9K0

Solicitação da Senha : 30/12/2017 06:36:05

LIVIO DE SOUZA COSTA

30/12/2017 12:03

192.85.4.101

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: LIVIO DE SOUZA COSTA

CRM: 18389 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1º Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2º Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Endereço: BARBOSA DE FREITAS 1653 AP 1236 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.

Prescrição: 1) PACO ---- 02 CX
TOMAR 01 COM, VIA ORAL, 6/6 H, SE DOR INTENSA.



Dr. Lívio Góes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18389 TEC 15737

Data : 30/12/2017

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
19 ABR. 2018

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Data do Atendimento: 30/12/2017

RECEITA

PRESCREVO COLETE DE JEWETT. FAZER USO 23 H POR DIA.



Dr. Lívio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18383 TEO 1 15731

LIBIA CORRETORA DE SEG. JDA.
09 ABR. 2018

ASS:

RP3000N

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: PAULO ANGELO DE SOUZA

CRM: 10152 UF: CE

PRQ PARQUE COMERCIAL 0 PAJUCARA 61939150
Tel.

Cidade: MARACANAU UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

*Paulo Angelo de Souza
Medicado
CRM 10152*

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Endereço: BARBOSA DE FREITAS 1653 AP 1236 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.

Prescrição: 1)- TRAMAL 50mg-----01Cx

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8;8h, SE DOR IMPORTANTE.

?

500 ?
50 -

Data : 05/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

*LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018*

ASS:

Assinatura do Farmacêutico Data: ___ / ___ / ___



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Data do Atendimento: 30/12/2017

RECEITA

USO: INTERNO

1) FLANCOX 500 MG ----- 01 CX
TOMAR 01 COM, VIA ORAL, 12/12 H, DURANTE 7 DIAS

2) MIOSAN CAF 5 MG ----- 02 CX
TOMAR 01 COM, VIA ORAL, 12/12 H, DURANTE 15 DIAS.

Dr. L. J. D. 20513
Oncología y Radioterapia
Calle 14 # 50-69 FE01 19731

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

3P3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA

30/12/2017 12:01

192.85.4.101

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013147105899

PLACA 01072210565 | N.º R.N.T.R.C. 000000000 | EXERCÍCIO 2016

NOME ANA RAFAELA DA SILVA SARAI VÁ
ENDERECO FORTALEZA / CE

CPF / CNPJ 44732347304

PLACA RNF 4720 / CE

PLACA ANT / UF / CE

N.º CHASSI 9C2KD081055413892

COMBUSTÍVEL GÁSOL / ALCO

ESPEÔ DE TIPO PAS / MOTOCICLETA / NÃO AFLIC.

MARCA / MÓDELO HONDA / NXR160 BROS E SDD

CAP / POT / CIL 2P / 0CV / 162CC

CATEGORIA P / A / T / C

COR PREDOMINANTE PRETA

VENC. COTA ÚNICA 1º, 2º, 3º

COTA ÚNICA 1º, 2º, 3º

PRÉMIO TOTAL (R\$) 4,15

DATA DE PAGAMENTO 1,11

DATA DE PAGAMENTO 29,01

OBSERVAÇÕES

PRÉMIO TOTAL (R\$) 1,34

DATA DE PAGAMENTO 143,38

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

NOV / 2016

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013147105899

BILHETE DE SEGURO DPVAT
APR 2018

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 | DATA EMISSÃO 6/12/2016

PLACA RNF 4720

N.º RENAVAM 01072210565 | MARCA / MÓDELO HONDA / NXR160 BROS E S

N.º CHASSI 9C2KD081055413892

ANO FAB. 2015 | CAT. VARIA 09

ANO FAB. 2015 | CAT. VARIA 09

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 1,29,04

CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 147,52

DATA DE OUTURAÇÃO 15/12/2016

DATA 16/12/2016

LOCAL FORTALEZA

DELEGACIA D-2001
FORTALEZA
Igor Soárez
Superintendente
DETRAN-CE