
Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156896

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO VIEIRA MENDES

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, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156896

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO VIEIRA MENDES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156896

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO VIEIRA MENDES

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ANTONIO VIEIRA MENDES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000016625-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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: 3200156896

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO VIEIRA MENDES

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Síria, 165, , 60.714-110, Itaperi, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2008747357

Data e local do acidente: 13/11/2019 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 07/05/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura exposta diafisária da tíbia esquerda.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação externa da fratura, enxertia de pele em perna esquerda, tratamento medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periculado.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 100°, extensão aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior esquerdo, com redução da força e mobilidade.

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"

() "Sem sequelas permanentes" (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.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

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

Periciado evolui com prejuízo importante dos movimentos do membro inferior esquerdo. Apresenta marcha claudicante, perda de partes moles no terço inferior da perna esquerda e diminuição de força no membro. Periciado relata a existência de lesão neurológica, contudo, não apresenta documentação que informe que a mesma seja decorrente do acidente de trânsito em questão.



Dr. Greiv Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 536 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/03/2020 13:01:27**
Data / Hora da Ocorrência: **13/11/2019 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, ITAPERI - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO VIEIRA MENDES**
Nascimento: **21/06/1953** CPF: **359.221.253-20**
RG: **2008747357** Orgão Emissor: **SSPCE** UF:
Filiação: **CECILIA MENDES PIRES**
JOSE VIEIRA IRMÃO
Endereço: **RUA SIRIA, 165**
Bairro: **ITAPERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.714-110**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8517-6147**

Noticiante(s)

Nome: **NEUMAN MARIA VIEIRA MENDES**
Nascimento: **07/07/1954** CPF: **091.771.163-72**
RG: **20180861896** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **CECILIA MENDES PIRES**
JOSÉ VIEIRA IRMÃO
Endereço: **RUA SIRIA, 165**
Bairro: **ITAPERI** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98517-6147**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS, SEU IRMÃO, ANTÔNIO VIEIRA MENDES, AO TENTAR ATRAVESSAR A AVENIDA DR. SILAS MUNGUBA, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, CUJA PLACA NÃO SABE INFORMAR; QUE POPULARES ACIONARAM O SAMU; QUE A AMBULÂNCIA DAQUELE ÓRGÃO CONDUZIU A VÍTIMA ATÉ O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA; QUE POPULARES TAMBÉM FORAM ATÉ A CASA DA DECLARANTE PARA COMUNICÁ-LA DO ACIDENTE COM SEU IRMÃO; QUE ANTÔNIO SOFREU POLITRAUMATISMO; QUE AINDA NÃO RECOBROU A CONSCIÊNCIA; QUE ESTÁ COM MOBILIDADE LIMITADA, ENCONTRANDO-SE CADEIRANTE POR TEMPO INDETERMINADO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE COMUNICA AINDA QUE O IRMÃO PERDEU O PASSE LIVRE DE IDOSO NO ACIDENTE. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020182659



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 536 / 2020

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-3-7



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

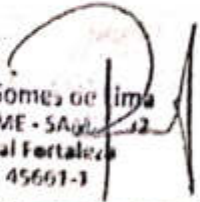
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Antonio Vieira Mendes** - C.P.F. - 359.221.253-20, no dia 13/11/2019, às 18h36min, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Serrinha (Itaperi)**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza do acidente com o paciente em questão do processo Nº **P069742/2020**, provavelmente foi **Acidente de Trânsito**.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pelo Sra. **Neuman Maria Vieira Mendes** por meio do Processo nº **P069742/2020**.

Fortaleza, 12 de Fevereiro de 2020.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. G. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

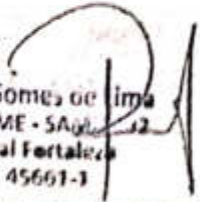
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Antonio Vieira Mendes** - C.P.F. - 359.221.253-20, no dia 13/11/2019, às 18h36min, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Serrinha (Itaperi)**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza do acidente com o paciente em questão do processo Nº **P069742/2020**, provavelmente foi **Acidente de Trânsito**.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pelo Sra. **Neuman Maria Vieira Mendes** por meio do Processo nº **P069742/2020**.

Fortaleza, 12 de Fevereiro de 2020.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. G. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

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: 13/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO VIEIRA MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01047

CONTA: 000000016625-2

Nr. da Autenticação 243CAD65F1E74FD9

DADOS DO CLIENTE

Nome: **NEUMAN MARIA V MENDES**
End. Lítora: **RUJA SIRA, 165, ITAPERI**
Cidade: **FORTALEZA**

CEP: **60.714-110**

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: **001** Setor: **002** Quadra: **0158** Lote: **1052** Comp: **0000**
Subsetor:

ECONOMIA

Residência: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Pública: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
	A00F410050	0	0	0	0

DADOS

Leitura Atual: **04/12/2019** Exatidão: **04/12/2019** Lote Água: **1**
Leitura Anterior: **05/11/2019** Próxima Leitura: **04/01/2020** Lote Esgoto:

QUANTIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: **10/2019**

Nº de Abastecimento	Cano	Torçãodet	Cor	Coligatorio Totaliz	Escherichia Coli
Residência	526	526	125	526	526
Residência	526	527	528	528	528
Sanariedade	527	528	516	516	528

RECOMENDACÖES - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
Considere pago se debitado na sua conta do banco BRADESCO.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

INSCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

PARCELAMENTO DE DEBITOS		224	45,13	Mês/Ano	Água m³	Esgoto m³
JURISMULTA TARIFA		1,1	0,04	dez/18	0	0
CONTINGENCIA				jan/19	0	0
JUROS DE 0,02% AO DIA		1,1	0,15	fev/19	0	0
				mar/19	0	0
				abr/19	0	0
				mai/19	0	0
				jun/19	0	0
				set/19	0	0

TÍTULOS GERAIS E ATUALIZACÖES

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,45	VALOR DO SERVIÇO	45,32
COPAV	2,76	VALOR DO DEBITO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	45,32

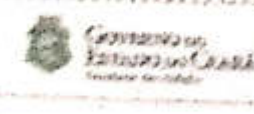
MISSING	VERGIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
12/2019	15/01/2020	45,32





É obrigatório de acordo com a Lei nº 11.073/2019, a entrega de água e esgoto para todos os usuários de água e esgoto.

Informações para usuários de água e esgoto:
- A água e o esgoto são fornecidos por 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- A água e o esgoto são fornecidos por 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- A água e o esgoto são fornecidos por 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- A água e o esgoto são fornecidos por 24 horas por dia, 7 dias por semana.


DADOS DO CLIENTE					
Inscrição: 0010310061 Código de Entrega: 12/2019					
Local: 001	Setor: 002	Quadra: 0158	Lote: 1052	Comp: 0000	
Cidade: FORTALEZA		Município: FORTALEZA		Total (R\$): 45,32	



EMISSION : PRAX 04/12/2019 18:36:29



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200156896 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO VIEIRA MENDES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ANTONIO VIEIRA MENDES

CPF/CNPJ: 35922125320

Posição em 17-08-2020 12:08:32

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/05/2020	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/05/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/iZSA6EPRuib2TEeU9plkCapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFQOJJP9OqEfBUtMRSvdi6c=)
30/04/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mKHNSaed3RrFy7XSs+U1api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFQOJJP9OqEfBUtMRSvdi6c=)

29/04/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/v2ta__OCppCJM5Ug8yfdF:api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFQOJJ9OqEfBUtMRSvdi6c=)
------------	------------------------------------	--



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



P-069742/2020

4543

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M-01	PONTO DE APOIO: H. M. F	Nº DA OCORRÊNCIA: 0828
DATA: 13/11/19	TURNO: NT	EQUIPE: ERIKA + RUIANA
NOME: ANTONIO VIEIRA MENDES	IDADE: 60	SEXO: M
ENDEREÇO: AV: SILAS MACHADO	Nº: 1301	
REFERÊNCIA: Planeta Animal	BARRIO: Serrinha	
QTY: 18-26	QUS: 18-36	QTY: 19-18
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Abandono de animais pi. Moço		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☐ PÉRYEAS
 ☐ OSTRUÍDAS
 POR: _____

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	ADSCULTAÇÃO
	☐ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
	☐ BRADIPNEICO	_____	_____	_____
	☐ AGÔNICA / AUSENTE	_____	_____	_____

C Circulação	PULSO		PELE		ENDIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO	☐ QUESO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	☐ SUDORÉICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA	☐ ≤ 2 mm ☐ > 2 mm	☐ SIM ☐ NÃO
	LOCAL:					

ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA	☒ 4	ORIENTADO (A) / SONRI (P)	OBEDECE A COMANDOS
À VOZ	☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO INCONSOLÚVEL	LOCALIZA A DOR
À DOR	☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÚVEL (P)	MOVIMENTO DE RETIRADA
NENHUMA	☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / AGENTE (P)	REFLEXO ANORMAL
TOTAL:		NENHUMA	EXTENSÃO ANORMAL
PUPILAS:			NENHUMA
☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)			
☐ ALTERADAS			

E Descrição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		FRATURA EXPOSTA EM M.E (TERÇO INFERIOR.)	

SAMPLA

FC: 88	PA: 10/70	FR: 22	GLC: —	CCNA: —	TEMP: —
--------	-----------	--------	--------	---------	---------

Atropelamento, por moto, Desmaiado

neg. Alergies:

TP: DESLOCAMENTO; QUE: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUE: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUE: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUE: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

IN-

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

Material

falso 15 01 ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

equipo 01

extensor 01

gase acolchada 03

A. G. G. 05

S.R.L. 03

Atadura 15cm 03

2 11 10cm 01

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

VITIMA DE ATRAPELAMENTO POR MOTO, Comum
orientado, malizosa + anafixo, color cervic
imobilização em prancha longa, Avaliação
zero médico da transportado sem inter
mência.

Q.T.W.: Passado pela USA 23

ASS. / COREN:

Enrico

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

UNIDADE DE SAÚDE: L.M.F. - Centro

DESTINO DO PACIENTE

☒ LIBERADO☐ RECUSA☐ REMOVIDO POR TERCEIROS☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG:

☒ ÓBITO →☐ NO LOCAL☐ DURANTE O TRANSPORTE

ACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

SS. DO RESPONSÁVEL:

L. M. F. - Centro

X

2008-03-01
ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:
ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:
ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

EM: 13/11/19 às 19:30

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

ESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

ESCRICÃO DE VALORES ENTREGUES:

OCAL:

EM: / /

SS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

U, RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

AMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SSINATURA:

(4)



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza

P-069742/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USA 21 PONTO DE APOIO: SERV Nº DA OCORRÊNCIA: 0828
 DATA: 13/11/2019 TURNO: MT EQUIPE: Bruno + Mathias + Jota Salazar
 NOME: Antonio Vitor Mendes IDADE: 60 SEXO: H
 ENDEREÇO: AV. Silva Mangueira 1301
 REFERÊNCIA: Loja Pet Shop BAIRRO: Serrinha
 QTY: 18:36 QUS: 18:48 QUY: - QUU: -
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Atropelamento por moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: _____

A
VitalidadeB
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO INSPEÇÃO PALPAÇÃO / PERCUSSÃO AUSCULTA
☒ EUPNEICO ☒ NORMAL ☒ NORMAL ☒ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO ☐ ALTERADA: _____ ☐ ALTERADA: _____ ☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

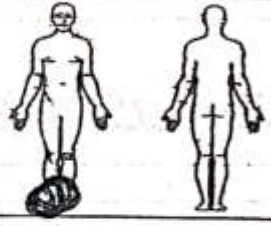
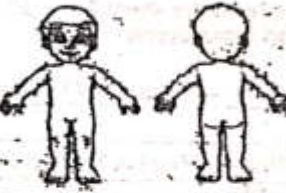
C
Circulação

PULSO PELE ENCHIMENTO SANGRAMENTO
☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO ☒ CORADA ☐ SUDOREICA ☒ ≤ 2 seg ☒ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ > 2 seg ☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL ☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE ☐ FRIA
 LOCAL: radial

D
Neurologia

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)
 ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA
 ESPONTÂNEA ☒ 4 ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
 À VOZ ☒ 3 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☒ 4 LOCALIZA A DOR ☒ 5
 À DOR ☒ 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☒ 3 MOVIMENTO DE RETIRADA ☒ 4
 NENHUMA ☒ 1 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☒ 2 FLEXÃO ANORMAL ☒ 3
 TOTAL: 14 NENHUMA ☒ 1 EXTENSÃO ANORMAL ☒ 2
 PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) NENHUMA ☒ 1
☐ ALTERADAS

E
Exatidão

ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO

 fratura exposta em
 MIE completa, paradi-
 mente amputada


SAMPLA

FC: 95 bpm PA: 130x80 FR: 18 GLIC: - OXIM: 96% TEMP: -

Atropelamento por moto

pedestre com fratura exposta MIE

parcialmente amputada, alcoolizada

mãos vitais estavam. Fecho ACP + 1000m SRL

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Paciente 60 anos vitima de atropelamento por moto com
fratura exposta em MIE completa, parcialmente
amputada, bastante sangrante, pulso pedioso ainda
presente, TEC < 20. Feito alinhamento do membro, AVP +
1000ml SRI e encaminhado ao UH auto pela UJB HOI.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizou primeira atendimento pelo UJA HOI
em regime de observação pelo UJA II, Paciente em
semi-consciência de membros inferiores expostos, analise cuidadosa
e transporte para IJE onde foi UJA HOI

ASS. / RM:

Dr. Eduardo Costa
Adm. 20 454

ASS. / COREN:

Marcelo de Mello
Enfermeiro
CRP 123456

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: UJA HOI

LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

S. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

SCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

AL:

EM: / /

S. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

CLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
MU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SINATURA:

FICHA DE ATENDIMENTOIDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700508369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel: 85 98517-6147
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA
 CEP: 6074084 Bairro: ITAPERI
 Endereço: RUA SIRIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 13/11/2019 19:31
 Queixa: vítima de atropelamento por moto, história de síncope, trauma sangrante em mie, orientado.
 Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE
 Discriminador: PELE CRÍTICA
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 88 PA: FR: 22

ATENDIMENTO MEDICO

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM: 8669 Nº: 573959 Horário 13/11/2019 19:32
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6
 Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ALCOOLIZADO, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO. TEVE PERDA DE CONSCIENCIA.
 APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL
 PA=124X74 FC=88BPM STO2=97% GLUC=97
 GLASGOW15, SEM DEFICIT MOTOR, PIFR+
 ACP FISIOLÓGICO
 ABD - RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, EQUIMOSE EM HCD
 MIE - FX EXPOSTA? COM PPP
 SOLICITO RXS, TCC, USA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 13/11/2019 20:29

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
13/11/2019 19:29	ACIDENTE COM PEDESTRE	FRATURA EXPOSTA	AMARELO	DENISE SALES ARACANJO
13/11/2019 19:31	ACIDENTE COM PEDESTRE	PELE CRÍTICA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI
 Endereço: RUA SIRIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 13/11/2019 19:31
 Queixa: vítima de atropelamento por moto. história de síncope. trauma sangrante em mie. orientado.

Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE

Discriminador: PELE CRÍTICA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 88 PA: FR: 22

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM: 8669 Nº: 573959 Horário 13/11/2019 19:32

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A:

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ALCOOLIZADO, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO. TEVE PERDA DE CONSCIENCIA.
 APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL
 PA=124X74 FC=88BPM STO2=97% GLIC=97
 GLASGOW15, SEM DEFICIT MOTOR, PIFR+
 ACP FISIOLÓGICO
 ABD - RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, EQUIMOSE EM HCD
 MIE - FX EXPOSTA? COM PPP
 SOLICITO RXS, TCC, USA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 13/11/2019 20:29

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
13/11/201 19:29	ACIDENTE COM PEDESTRE	FRATURA EXPOSTA	AMARELO	DENISE SALES ARACANJO
13/11/201 19:31	ACIDENTE COM PEDESTRE	PELE CRÍTICA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI
 Endereço: RUA SIRIA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	13/11/2019 19:38	Não	Cancelado

EVOLUÇÃO

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

PRESCRIÇÃO

Médico: KELMA MARIA MAIA

CRM 8669

13/11/19 19:50

Prescrição	Horário:
AMPICILINA 2 G + SULBACTAM 1 G - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS - TRANSFUNDIR 15GTS/MIN POR 15 MINUTOS E SE NÃO HOUVER REAÇÃO AUMENTAR GOTEJAMENTO PARA 45 GTS/MIN, NO MÍNIMO EM 1HORA E MÁXIMO 4 HORAS QTD: 4	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS 6/6H	
REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL 03X POR DIA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS VACINA ANTITETÂNICA - 01 AMP, IM, DOSE ÚNICA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30°-45°	
FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	
GLUCEMIA CAPILAR 6/6H	
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA SE DX<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI
 Endereço: RUA SIRIA

PRESCRIÇÃO

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM 8669 13/11/19 19:39

Prescrição	Horário:
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 3 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO VIEIRA MENDES		
Idade: 66 ano(s) 7 mes(es) e 8 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5644405
Endereço: RUA SIRIA		
Num: 165	CEP: 6074084	UF: CEARÁ
		Bairro: ITAPERI
		Cidade: FORTALEZA

Localização		
Clinica: UNIDADE 25	Enfermaria: 255	Leito: 2521
Internação 13/11/2019	23:33	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório
Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

#PACIENTE ALCOOLIZADO, ADMITIDO NO IJF EM 13/11/19 POR ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO COM FX EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES -> TTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA -> PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 9/13/1/19). ENXERTO DE PELE PARCIAL EM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO). TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 22/01 (DR. MARCELO GIRÃO)

#ANTECEDENTES: ALCOOLISMO E TABAGISMO DE LONGA DATA. NEGA OUTRAS CO-MORBIDADES.

#FEZ 10 DIAS DE UNASYN (PNM - NOV/19)/ 7 DIAS MEROPENEM E VANCOMICINA (CELULITE EM MIE - JAN/20).

#PARÂMETROS: OK

#EVOLUÇÃO: NEGA DOR EM MIE. SONO PRESERVADO À NOITE. DIURESE OK. CONSTIPADO. MELHORA DA TOSSE E DO ASPECTO DA FO. RX TX OK.

#AO EXAME: EGB, AAA, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CALMO, ACP FISIOLÓGICAS, NORMOCÁRDICO, AB INOCENTE, MIE C/ MELHORA DO EDEMA EM FO EM REGIÃO DISTAL. ÓSTIOS DO FIXADOR PRÉVIO SEM HIPEREMIA.

#PARECER CARDIO NO PRONTUÁRIO: BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR.

#DISCUTIDO C/ TO E PLÁSTICA: ALTA P/ ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CONFORME DISCUTIDO C/ CCIH.

Exames Realizados

#EXAMES: LAB(02.1.2020): HB:11,8 LEUCO:8660 PLAQ:396000 INR:1,1 GJ:107 UR:38 CR:0,7 ALBUM:3,6 K:4,1 CA:8,6. LAB (28/01): HB 10 LEUCO 7.500 PLAQ 436 MIL UR 33 CR 0,7 K 4,2 NA 135 PCR 72. SU DE URINA (21/11): NORMAL; ECOTT (06/12): 56%, HIPERTROFIA EXCÊNTRICA DO VE. US ABDOMINAL 30/11: NORMAL. TCC SEM ALTERAÇÕES.

Terapêutica Utilizada

#PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 9/13/1/19). ENXERTO DE PELE PARCIAL EM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO). TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 22/01 (DR. MARCELO GIRÃO)

#FEZ 10 DIAS DE UNASYN (PNM - NOV/19)/ 7 DIAS MEROPENEM E VANCOMICINA (CELULITE EM MIE - JAN/20).

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S828 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S828	FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
Não	S81	FERIMENTO DA PERNA
Não	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

Condições de Alta

Melhorado

Observações Complementares

Data Programada da Alta: 29/01/2020

- MARCAR RETORNO AO AMB DO DR. MARCELO GIRÃO (ORTOPEDISTA). - MARCAR RETORNO AO AMB DO DR. MAURÍCIO (CIR PLÁSTICA). - MARCAR CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA. - USAR CIPRO POR MAIS 7 DIAS.

Responsável

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Paciente: ANTONIO VIEIRA MENDES

Idade: 66 ano(s) 7 mes(es) e 8 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5644405

Endereço: RUA SIRIA

Bairro: ITAPERI

Num: 165

CEP: 6074084

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clinica: UNIDADE 25

Enfermaria: 255

Leito: 2521

Internação 13/11/2019

23:33

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Médico: MARIA EUGENIA BALTAZAR GUIMARÃES

Data: 29/01/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050500	Urgência	13/11/2019 23:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CLECIUS CLAY GONZAGA SANTOS
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0401020037	Procedimento Eletivo	07/01/2020 16:45	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050608	Procedimento Eletivo	22/01/2020 18:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA	RAIMUNDO MARCELO DA SILVA GIRA0

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO, PARA OS DEVIDO FINS, QUE O SR. ANTÔNIO VIEIRA MENDES ENCONTRA - SE INTERNADO NESTE HOSPITAL DESDE 13/11/2019, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO C/ CID - 10 T90.9 E S82.9. ESTÁ EM REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA, ESTÁVEL CLINICAMENTE, CONSCIENTE, ALTERNANDO PERÍODOS DE LUCIDEZ E DESORIENTAÇÃO, RESTRITO AO LEITO, DEPENDENTE DE TERCEIROS P/ AUXÍLIO NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA. SEGUE NO AGUARDOS DE CIRURGIAS PLÁSTICA E ORTOPÉDICA DA PERNA ESQUERDA, DEVENDO PERMANECER NESTA INSTITUIÇÃO POR TEMPO INDETERMINADO.

FORTALEZA, 10 DE DEZEMBRO DE 2019.

Dra. Maria Euênia B. Guimarães
Geriatria - RQE 7887
CREMEC 10.556



D-069742/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M-01 PONTO DE APOIO: H. M. F. Nº DA OCORRÊNCIA: 0828
DATA: 13/11/19 TURNO: MT EQUIPE: ERIKA + R. W. M. S. G. V.
NOME: ANTONIO VIEIRA MENDES IDADE: 60 SEXO: M
ENDEREÇO: AV: SILAS MACHADO Nº 1301
REFERÊNCIA: Planeta Animal BAIRRO: Serrinha
QTY: 18:26 QUS: 18:36 QV: 19:18 QUL: 19:28
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Abotapelamento pi moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

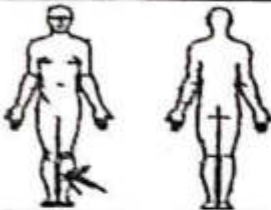
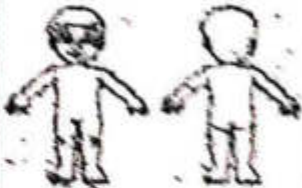
RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☐ PRESENTE ☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE
☒ PÉRVIAS ☐ OSTRUÍDAS POR: _____

B Respiração
PADRÃO RESPIRATÓRIO INSPEÇÃO PALPAÇÃO / PERCUSSÃO
☒ EUPNEICO ☐ NORMAL ☐ NORMAL ☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO ☐ ALTERADA: _____ ☐ ALTERADA: _____ ☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____
☐ AGÔNICA/AUSENTE ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

C Circulação
PULSO PELE ENCHIMENTO CAPILAR SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO ☐ CÍCLO ☐ CORADA ☐ SUDORÉICA ☐ ≤ 2 seg ☐ SIM
☐ TRACICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ > 2 seg ☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ FRIA
LOCAL: _____

ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D Neurologia
ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4 ORIENTADO (A) / SONRI (P) 05 OBEDECE A COMANDOS 05
À VOZ ☐ 3 CONFUSO (A) / SONHO CONSOLÁVEL 04 LOCALIZA A DOR 05
À DOR ☐ 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) 03 MOVIMENTO DE RETRAÇÃO 04
NENHUMA ☐ 1 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / AUSENTE (P) 02 REFLEXO ANORMAL 03
TOTAL: 15 NENHUMA 01 EXTENSÃO ANORMAL 02
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTOREAGENTES E ISOCÓRICAS) NENHUMA 01
☐ ALTERADAS

E Dorso
ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO
 FRATURA EXPOSTA EM MLE (TERÇO INFERIOR.) 

SAMPLA

FC: 88 PA: 120/70 FR: 22 GLC: - CCCL: - TEMP: -
Abotapelamento, por moto, Desmaiado,

nota Abotapelamento:

TP: DESLOCOMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QV: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUL: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QV: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA		CHEGAGEM
Material gelco 10 01 equipo 01 extensor 01 gase acolchada 03 al. 30mil 05 SP.L. 03 Atorçura 15cm 03 2 11 10.00 01 ASS./CRM:		
ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS		
VITIMA DE ATRAPELAMENTO POR MOTO, COMEÇANDO ORIENTADO, IMOBILIZADO + CURATIVO, COLAR CERVICAL E IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA LONGA, AVALIAÇÃO ZERO MÉDICA DO TRANSPORTADO SEM INTERFERÊNCIA.		
D.T.W.: Passado pela USA 23		ASS./COREN: Erickson
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA		
ASS:		
DESTINO DO PACIENTE		
UNIDADE DE SAÚDE: L.M.F. - Centro LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: ☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE ☐		
ACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO		ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:
SS. DO RESPONSÁVEL: 1. João Manoel de Almeida		EM: 13/11/19 às 19h30
COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES		
ESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:		
ESCRITAÇÃO DE VALORES ENTREGUES:		
LOCAL: _____		
SS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____		
TERMO DE RECUSA		
RG/CPF: _____		
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO IAMU EM: _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.		
ASSINATURA: _____		

(4)



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza

P-069742/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USA 21 PONTO DE APOIO: SERV N° DA OCORRÊNCIA: 0828
 DATA: 13/11/2019 TURNO: MT EQUIPE: Bruno + Mathias + Jota Salazar
 NOME: Antonia Viana Mendes IDADE: 60c SEXO: H
 ENDEREÇO: AV: Silva Mangueira 1301
 REFERÊNCIA: Pólo Pet Shop BAIRRO: Serrinha
 QTY: 18:36 QUS: 18:48 QUY: - QUU: -
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Atropelamento por moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE

☒ PÉRVAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: _____

A

Verificar

B

Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

C

Circulação

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

PELE

☒ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☒ SIM
☐ NÃO

LOCAL: radial

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

D

Neurologia

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4
 À VOZ ☒ 3
 À DOR ☒ 2
 NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 14

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☒ 4
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA MOTORA

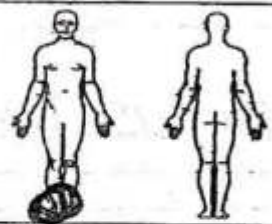
OBEDIÇA A COMANDOS ☒ 6
 LOCALIZA A DOR ☒ 5
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☒ 4
 FLEXÃO ANORMAL ☒ 3
 EXTENSÃO ANORMAL ☒ 2
 NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E

Exatidão

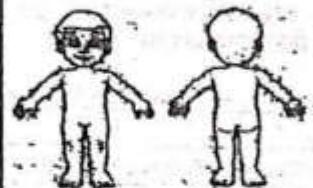
ADULTO



LESÕES

fratura exposta em
MIE completa, paradi-
mente amputada

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 95ppm PA: 130x80 FR: 18 GLIC: - OXIM: 96% TEMP: -

Atropelamento por moto

pedestre com fratura exposta MIE

parcialmente amputada, alcoolizada

mãos vitais estavam. Fecho AVP + 100cm SRL

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Paciente 60 anos vitine de atropelamento por moto com
fratura exposta em MIE completa, parcialmente
amputada, bastante sangrante, pulso pedioso ainda
presente, TEC < 20. Feito alinhamento do membro, AVP +
1000ml SRI e encaminhado ao UF auto pulso 216 H01.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizou primeira atendimento pelo U54 H01
em regime de observação pelo U54 H01, Paciente em
semi-consciência de membros inferiores expostos, analise emolagem
e transporte para IJ6 auto pelo U54 H01

ASS. / RM:

Dr. Edson de Oliveira
Médico
CREMERC 20.454

ASS. / COREN:

Neuza Maria
Enfermeiro
CREMERC 20.454

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: UF auto

LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

CIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

S. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

SCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

AL:

EM: / /

S. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

CLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
MU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SINATURA:

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel: 85 98517-6147
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA
 CEP: 6074064 Bairro: ITAPERI
 Endereço: RUA SIRIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 13/11/2019 19:31
 Queixa: vítima de atropelamento por moto, história de síncope, trauma sangrante em mie, orientado.
 Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE
 Discriminador: PELE CRÍTICA
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 88 PA: FR: 22

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM: 8669 Nº: 573959 Horário 13/11/2019 19:32
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Exo: OBSERVAÇÃO 6
 Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ALCOOLIZADO, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO. TEVE PERDA DE CONSCIENCIA.
 APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL
 PA=124X74 FC=88BPM STO2=97% GLUC=97
 GLASGOW15, SEM DEFICIT MOTOR, PIFR+
 ACP FISIOLÓGICO
 ABD - RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, EQUIMOSE EM HCD
 MIE - FX EXPOSTA? COM PPP
 SOLICITO RXS, TCC, USA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 13/11/2019 20:29

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
13/11/2019 19:29	ACIDENTE COM PEDESTRE	FRATURA EXPOSTA	AMARELO	DENISE SALES ARACANJO
13/11/2019 19:31	ACIDENTE COM PEDESTRE	PELE CRÍTICA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI
 Endereço: RUA SIRIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 13/11/2019 19:31
 Queixa: vítima de atropelamento por moto, história de síncope, trauma sangrante em mie, orientado.

Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE

Discriminador: PELE CRÍTICA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 88 PA: FR: 22

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM: 8669 Nº: 573959 Horário 13/11/2019 19:32

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ALCOOLIZADO, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO. TEVE PERDA DE CONSCIENCIA.
 APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL
 PA=124X74 FC=88BPM STO2=97% GLIC=97
 GLASGOW15, SEM DEFICIT MOTOR, PIFR+
 ACP FISIOLÓGICO
 ABD - RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, EQUIMOSE EM HCD
 MIE - FX EXPOSTA? COM PPP
 SOLICITO RXS, TCC, USA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 13/11/2019 20:29

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
13/11/201 19:29	ACIDENTE COM PEDESTRE	FRATURA EXPOSTA	AMARELO	DENISE SALES ARACANJO
13/11/201 19:31	ACIDENTE COM PEDESTRE	PELE CRÍTICA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI
 Endereço: RUA SIRIA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	13/11/2019 19:38	Não	Cancelado

EVOLUÇÃO

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

PRESCRIÇÃO

Médico: KELMA MARIA MAIA

CRM

8669

13/11/19 19:50

Prescrição	Horário:
AMPICILINA 2 G + SULBACTAM 1 G - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS - TRANSFUNDIR 15GTS/MIN POR 15 MINUTOS E SE NÃO HOUVER REAÇÃO AUMENTAR GOTEJAMENTO PARA 45 GTS/MIN, NO MÍNIMO EM 1HORA E MÁXIMO 4 HORAS QTD: 4	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS 6/6H	
REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL 03X POR DIA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS VACINA ANTITETÂNICA - 01 AMP, IM, DOSE ÚNICA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30°-45°	
FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	
GLUCEMIA CAPILAR 6/6H	
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA SE DX<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI
 Endereço: RUA SIRIA

PRESCRIÇÃO

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM 8669 13/11/19 19:39

Prescrição	Horário:
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 3 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUÇÃO FINAL

☐ Alta, Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO VIEIRA MENDES

Idade: 66 ano(s) 7 mes(es) e 8 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5644405

Endereço: RUA SIRIA

Bairro: ITAPERI

Num: 165 CEP: 6074084

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clínica: UNIDADE 25

Enfermaria: 255

Leito: 2521

Internação 13/11/2019

23:33

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Cancelada

Tipo de Saída: Alta

Não

Resumo Clínico

#PACIENTE ALCOOLIZADO, ADMITIDO NO IJF EM 13/11/19 POR ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO COM FX EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES -> TTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA -> PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 913/1/19). ENXERTO DE PELE PARCIAL EM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO). TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 22/01 (DR. MARCELO GIRÃO)

#ANTECEDENTES: ALCOOLISMO E TABAGISMO DE LONGA DATA. NEGA OUTRAS CO-MORBIDADES.

#FEZ 10 DIAS DE UNASYN (PNM - NOV/19)/ 7 DIAS MEROPENEM E VANCOMICINA (CELULITE EM MIE - JAN/20).

#PARÂMETROS: OK

#EVOLUÇÃO: NEGA DOR EM MIE. SONO PRESERVADO À NOITE. DIURESE OK. CONSTIPADO. MELHORA DA TOSSE E DO ASPECTO DA FO. RX TX OK.

#AO EXAME: EGB, AAA, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CALMO, ACP FISIOLÓGICAS, NORMOCÁRDICO, AB INOCENTE, MIE C/ MELHORA DO EDEMA EM FO EM REGIÃO DISTAL. ÓSTIOS DO FIXADOR PRÉVIO SEM HIPEREMIA.

#PARECER CARDIO NO PRONTUÁRIO: BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR.

#DISCUTIDO C/ TO E PLÁSTICA: ALTA P/ ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CONFORME DISCUTIDO C/ CCIH.

Exames Realizados

#EXAMES: LAB(02.1.2020): HB:11,8 LEUCO:8660 PLAQ:396000 INR:1,1 GJ:107 UR:38 CR:0,7 ALBUM:3,6 K:4,1 CA:8,6. LAB (28/01): HB 10 LEUCO 7.500 PLAQ 436 MIL UR 33 CR 0,7 K 4,2 NA 135 PCR 72. SU DE URINA (21/11): NORMAL; ECOTT (06/12): 56%, HIPERTROFIA EXCÊNTRICA DO VE. US ABDOMINAL 30/11: NORMAL. TCC SEM ALTERAÇÕES.

Terapêutica Utilizada

#PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 913/1/19). ENXERTO DE PELE PARCIAL EM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO). TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 22/01 (DR. MARCELO GIRÃO)

#FEZ 10 DIAS DE UNASYN (PNM - NOV/19)/ 7 DIAS MEROPENEM E VANCOMICINA (CELULITE EM MIE - JAN/20).

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S828 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S828	FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
Não	S81	FERIMENTO DA PERNA
Não	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 29/01/2020

Observações Complementares

- MARCAR RETORNO AO AMB DO DR. MARCELO GIRÃO (ORTOPEDISTA). - MARCAR RETORNO AO AMB DO DR. MAURÍCIO (CIR PLÁSTICA). - MARCAR CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA. - USAR CIPRO POR MAIS 7 DIAS.

Responsável

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Paciente: ANTONIO VIEIRA MENDES

Idade: 66 ano(s) 7 mes(es) e 8 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5644405

Endereço: RUA SIRIA

Bairro: ITAPERI

Num: 165

CEP: 6074084

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clinica: UNIDADE 25

Enfermaria: 255

Leito: 2521

Internação 13/11/2019

23:33

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Médico: MARIA EUGENIA BALTAZAR GUIMARÃES

Data: 29/01/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050500	Urgência	13/11/2019 23:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CLECIUS CLAY GONZAGA SANTOS
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0401020037	Procedimento Eletivo	07/01/2020 16:45	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050608	Procedimento Eletivo	22/01/2020 18:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA	RAIMUNDO MARCELO DA SILVA GIRA0

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO, PARA OS DEVIDO FINS, QUE O SR. ANTÔNIO VIEIRA MENDES ENCONTRA - SE INTERNADO NESTE HOSPITAL DESDE 13/11/2019, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO C/ CID - 10 T90.9 E S82.9. ESTÁ EM REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA, ESTÁVEL CLINICAMENTE, CONSCIENTE, ALTERNANDO PERÍODOS DE LUCIDEZ E DESORIENTAÇÃO, RESTRITO AO LEITO, DEPENDENTE DE TERCEIROS P/ AUXÍLIO NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA. SEGUE NO AGUARDOS DE CIRURGIAS PLÁSTICA E ORTOPÉDICA DA PERNA ESQUERDA, DEVENDO PERMANECER NESTA INSTITUIÇÃO POR TEMPO INDETERMINADO.

FORTALEZA, 10 DE DEZEMBRO DE 2019.

Dra. Maria Euênia B. Guimarães
Geriatria - RQE 7887
CREMEC 10.556



RECEITUÁRIO

LAVDO

Paciente Antônio Viana
Vive com dor por trauma ex-
terno de punho esquerdo + li-
sondeamento da via extensora
em partes moles
13/11/2013, submetido a fratura
vulgar de rádio e ulna com
1/3 de comprimento de rádio
e ulna com fratura com 70% de
incapacidade funcional de
membros superiores esquerdo, perda
de mobilidade e dor intensa
das extremidades, de
marcha (caminhando), de
alto índice de atividade.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 23/04/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito



Antonio Vieira Mendes

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008747357-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/09/2018

NOME ANTONIO VIEIRA MENDES

FILIAÇÃO JOSÉ VIEIRA IRMÃO

CECILIA MENDES PIRES

NATURALIDADE SOUSA - PB DATA DE NASCIMENTO 21/06/1953

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERNO: 202806 FOLHA: 69

LIVRO: A-271 FORTALEZA - CE

CPF 359.221.253-20

RG: ANT: 38118982 P.: 8

Antonio Vieira Mendes
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2 VIA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085336/20

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

CPF: 359.221.253-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 13/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO VIEIRA MENDES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO VIEIRA MENDES : 359.221.253-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
CPF: 359.221.253-20

ANTONIO VIEIRA MENDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156896

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

Data do acidente: 13/11/2019

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta diafisária da tíbia esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 100°, extensão aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura exposta diafisária da tíbia esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 13/11/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação externa da fratura, enxertia de pele em perna esquerda, tratamento medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou prejuízo importante dos movimentos do membro inferior esquerdo. Apresenta marcha claudicante, perda de partes moles no terço inferior da perna esquerda e diminuição de força no membro. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior esquerdo, em grau médio, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2020

Conduta mantida:

Observações: Periciado relatou a existência de lesão neurológica, contudo, não apresenta documentação que informe que a mesma seja decorrente do acidente de trânsito em questão. Assim sendo, do ponto de vista clínico não é possível relacionar a referida lesão com o presente sinistro.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200107502 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES **Data do acidente:** 13/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 9_LAUDO MÉDICO

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122072/20

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

CPF: 359.221.253-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 13/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO VIEIRA MENDES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO VIEIRA MENDES : 359.221.253-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/04/2020
Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
CPF: 359.221.253-20

ANTONIO VIEIRA MENDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085336/20

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

CPF: 359.221.253-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 13/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO VIEIRA MENDES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO VIEIRA MENDES : 359.221.253-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES
CPF: 359.221.253-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

ANTONIO VIEIRA MENDES

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA