



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

NR:

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Hora: 18:02 DATA: 19/12/18

1. IDENTIFICAÇÃO: r NR SUS: \_\_\_\_\_

NOME: Mayone Torres pereira IDADE: 27

Nº DO DOCUMENTO: 3128887-1 ÓRGÃO EMISSOR: SSP CE DATA DE EMISSÃO: 03/10/2018

Fls.: \_\_\_\_\_ LIVRO: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_\_ CARTÓRIO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: CEARA PROFISSÃO: NO PAR DATA DO NASC.: 19/12/1991

EST. CIVIL: viúva SEXO: F TELEFONE: 981160218 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Imensa

FILIAÇÃO: Marcelo Farias pereira  
Mayone Torres pereira

2. QUEIXA PRINCIPAL: Problema de visão de acuidade c/ - mácula debr.

3. HISTÓRIA ATUAL: apresenta em exames em melhor e pior

4. DIAGNÓSTICO: Eq. - LGOR BEMCA DE CONSC. 15

5. CONDUTA: Outra - melhor - GMS 15

6. EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

7. RA: 12-01-80 mmHg

8. TEMPA: \_\_\_\_\_

9. PISO: \_\_\_\_\_

SPC: 90% FC: 96%



CÓPIA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190/426374 3 - CPF da vítima: 052.006.853-37 4 - Nome completo da vítima: DAYANE FERNANDES PERES

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

5 - Nome completo: DAYANE FERNANDES PERES 6 - CPF: 052.006.853-37  
7 - Profissão: COSTURADORA 8 - Endereço: AVA CIDO DAVID 9 - Número: 514 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: JAMBOLIL 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63.150-000  
15 - E-mail: EDEILSON RODRIGUES@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 1441 99912-3868

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1409 5 CONTA: 35.661 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (virescente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JAMBOLIL - CE, 01 DE AGOSTO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO MEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[ INTERNAÇÃO ]==

Número Data Hora Convênio/Plano  
203921000790 12/02/2019 15:30 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S  
Médico Solicitante  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193  
Médico Responsável  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193  
Procedimento Solicitado  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

==[ ACOMODAÇÃO ]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
223V1 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 8

==[ PACIENTE ]==

Nome Sexo  
DAYANE TORRES PERES FEMININO  
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro  
19/12/1991 27 Anos NÃO INFORMADO 2449752 291002570000702

==[ DADOS DA ALTA ]==

Diagnóstico Principal  
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA  
Procedimento Realizado  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL  
Data Hora Motivo  
16/02/2019 01:22 ALTA MELHORADO



==[ DECLARAÇÃO ]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente DAYANE TORRES PERES, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 16 de fevereiro de 2019

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura

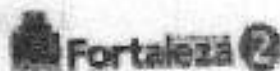
Assinatura  
CONFERIR ALTA

Usuário responsável: anapaula.silva

Data: 16/02/2019 Hora: 01:23:13



INSTITUTO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Av. Nelson de Barros, 150 - 20130-000 - Rio de Janeiro, RJ



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DA JOSÉ FORTA** 2 - CNES: **2.812.911.419**  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **DAYANE TORRES PERES** 6 - FRONTOUÁRIO: **5992559**  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **70580137610039** 8 - DATA NASCIMENTO: **15/02/1991** 9 - SEXO: **M / F** 10 - RACIA/POR: **10.1 - BRANCA**  
11 - NOME DA MÃE/PAI: **ELIETE TORRES PERES** 12 - TELEFONE:  
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I.** 14 - TELEFONE DE CONTATO:  
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **SUCESSELO S/N SUCESSO**  
16 - MUNICÍPIO: **TAMBORIL** 17 - CDD. INGE. MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:  
**PACIENTE COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
**RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
**ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX. PLATÔ TIBIAL** 24 - CID 10: **S82.1** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE PLATÔ TIBIAL** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050501**

29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **( ) CNES ( ) CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:  
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **12/02/2019** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

### PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRÁFICO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:  
42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOA:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) INAPREVIDENCIADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - CDD. ORGÃO EMISSOR: 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:  
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:  
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviações: 1ª via: SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



# HOSPITAL FERNANDES TAVORA

Endereço: Rua do Comércio, 51 - Centro - São Paulo - SP  
CEP: 01011-000 - Fone: (11) 3061-1111  
E-mail: hospitalfernandes@net.com.br

## PRÉ-REQUISIÇÃO - ANESTESIA

| COD     | MEDICAMENTOS             | Unidade Medida | QUANT | COD     | MEDICAMENTOS              | Unidade Medida | QUANT |
|---------|--------------------------|----------------|-------|---------|---------------------------|----------------|-------|
| 101-1   | ADONALINA                | AMP            |       | 101-3   | Solução Fina 200ML        | Tubo           |       |
| 101-2   | SOLUÇÃO DESTILADA 1000ML | UNO            |       | 101-4   | Solução de Meprob 200ML   | Tubo           |       |
| 101-5   | ADONALINA                | AMP            |       | 101-5   | Solução de Fentanyl 500ML | Tubo           |       |
| 101-6   | ATROPINA                 | AMP            |       | 101-6   | Solução de Fentanyl 100ML | Tubo           |       |
| 101-7   | ADONALINA 10             | FRAMP          |       | 101-7   | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-8   | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-8   | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-9   | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-9   | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-10  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-10  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-11  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-11  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-12  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-12  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-13  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-13  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-14  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-14  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-15  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-15  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-16  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-16  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-17  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-17  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-18  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-18  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-19  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-19  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-20  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-20  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-21  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-21  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-22  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-22  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-23  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-23  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-24  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-24  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-25  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-25  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-26  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-26  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-27  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-27  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-28  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-28  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-29  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-29  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-30  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-30  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-31  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-31  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-32  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-32  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-33  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-33  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-34  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-34  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-35  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-35  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-36  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-36  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-37  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-37  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-38  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-38  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-39  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-39  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-40  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-40  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-41  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-41  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-42  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-42  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-43  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-43  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-44  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-44  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-45  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-45  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-46  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-46  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-47  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-47  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-48  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-48  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-49  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-49  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-50  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-50  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-51  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-51  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-52  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-52  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-53  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-53  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-54  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-54  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-55  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-55  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-56  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-56  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-57  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-57  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-58  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-58  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-59  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-59  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-60  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-60  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-61  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-61  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-62  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-62  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-63  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-63  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-64  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-64  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-65  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-65  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-66  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-66  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-67  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-67  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-68  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-68  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-69  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-69  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-70  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-70  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-71  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-71  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-72  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-72  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-73  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-73  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-74  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-74  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-75  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-75  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-76  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-76  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-77  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-77  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-78  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-78  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-79  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-79  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-80  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-80  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-81  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-81  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-82  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-82  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-83  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-83  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-84  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-84  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-85  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-85  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-86  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-86  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-87  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-87  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-88  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-88  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-89  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-89  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-90  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-90  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-91  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-91  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-92  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-92  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-93  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-93  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-94  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-94  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-95  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-95  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-96  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-96  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-97  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-97  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-98  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-98  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-99  | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-99  | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |
| 101-100 | ADONALINA 10             | AMP            |       | 101-100 | Solução de Fentanyl 200ML | Tubo           |       |

COMPREV SEGUNDO  
E PREVIDENCIA SA  
REC 12 JUL 2019  
Nome:

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Ampliar

- colocar a antena

com o "cabo"

nao se pode

colocar a folha de alumínio

frente a placa

de alumínio

de alumínio

colocar a placa

de alumínio



Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

HOSPITAL  
FERNANDES TAVORA

Eventos Cibernéticos de Portugal S/C Ltda.  
c/o: Transmundo, Lda. 5-225 - Avenida Maria - Portugal 1216  
CNPJ nº 11.740.002 - Fone/Fax: (06) 3113.3532

Chen<sup>20</sup>

## FICHA DE ANESTESIA

|                                                       |                    |                             |                |                                |                  |                                                        |                        |                        |  |
|-------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--|
| Nome do Paciente: <u>Roberto José Silva</u>           |                    | Nº Prescrição: <u>12345</u> |                | Nº Controle: <u>67890</u>      |                  | End: <u>Av. Paulista, 1000 - São Paulo - SP</u>        |                        | Lento: <u>Sim</u>      |  |
| Cirurgias: <u>Nenhuma</u>                             |                    | Tempo de Sala: <u>1h30</u>  |                | Tempo de Oxigênio: <u>1h30</u> |                  |                                                        |                        |                        |  |
| RAÇA: <u>Branco</u>                                   | PESO: <u>70 kg</u> | ALTURA: <u>1,70 m</u>       | SEXO: <u>M</u> | TEMP: <u>36,5</u>              | PULSO: <u>72</u> | RESPIR: <u>18</u>                                      | PA, ART: <u>120/80</u> |                        |  |
| TIPO SANGÜÍNEO: <u>A+</u>                             |                    | HEMOGLOBINA: <u>15 g/dl</u> |                | HEMATÓCRITO: <u>45%</u>        |                  | GLICOSEIA: <u>100 mg/dl</u>                            |                        | UREIA: <u>10 mg/dl</u> |  |
| Rx. Respiratória: <u>Normal</u>                       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Cardíaca: <u>Normal</u>                            |                        |                        |  |
| Rx. Digestiva: <u>Normal</u>                          |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Urinária: <u>Normal</u>                            |                        |                        |  |
| Rx. Neurológica: <u>Normal</u>                        |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Endócrina: <u>Normal</u>                           |                        |                        |  |
| Rx. Osteomuscular: <u>Normal</u>                      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Dermatológica: <u>Normal</u>                       |                        |                        |  |
| Rx. Laboratorial: <u>Normal</u>                       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Radiológica: <u>Normal</u>                         |                        |                        |  |
| Rx. Patologia: <u>Normal</u>                          |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Clínica: <u>Normal</u>                             |                        |                        |  |
| Rx. História: <u>Normal</u>                           |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Social: <u>Normal</u>                              |                        |                        |  |
| Rx. Família: <u>Normal</u>                            |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Ambiente: <u>Normal</u>                            |                        |                        |  |
| Rx. Educação: <u>Normal</u>                           |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Cultura: <u>Normal</u>                             |                        |                        |  |
| Rx. Espiritual: <u>Normal</u>                         |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Qualidade de Vida: <u>Normal</u>                   |                        |                        |  |
| Rx. Satisfação: <u>Normal</u>                         |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Expectativas: <u>Normal</u>                        |                        |                        |  |
| Rx. Adesão: <u>Normal</u>                             |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Compreensão: <u>Normal</u>                         |                        |                        |  |
| Rx. Comunicação: <u>Normal</u>                        |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Relacionamento: <u>Normal</u>                      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento: <u>Normal</u>                   |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoestima: <u>Normal</u>                          |                        |                        |  |
| Rx. Autoconfiança: <u>Normal</u>                      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autocontrole: <u>Normal</u>                        |                        |                        |  |
| Rx. Autoconsciência: <u>Normal</u>                    |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autovalorização: <u>Normal</u>                     |                        |                        |  |
| Rx. Autoaceitação: <u>Normal</u>                      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autorespeito: <u>Normal</u>                        |                        |                        |  |
| Rx. Autoafirmação: <u>Normal</u>                      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoexpressão: <u>Normal</u>                       |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento de si mesmo: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento do outro: <u>Normal</u>           |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da sociedade: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da natureza: <u>Normal</u>        |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento do universo: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da vida: <u>Normal</u>            |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da morte: <u>Normal</u>          |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da eternidade: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da alma: <u>Normal</u>           |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento do corpo: <u>Normal</u>           |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento do espírito: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da mente: <u>Normal</u>           |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento do coração: <u>Normal</u>        |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da inteligência: <u>Normal</u>    |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da vontade: <u>Normal</u>        |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da emoção: <u>Normal</u>          |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da razão: <u>Normal</u>          |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da fé: <u>Normal</u>              |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da esperança: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da caridade: <u>Normal</u>        |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da justiça: <u>Normal</u>        |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da paz: <u>Normal</u>             |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da verdade: <u>Normal</u>        |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da beleza: <u>Normal</u>          |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da bondade: <u>Normal</u>        |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da sabedoria: <u>Normal</u>       |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da força: <u>Normal</u>          |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da coragem: <u>Normal</u>         |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da humildade: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da gentileza: <u>Normal</u>       |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da paciência: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da mansidão: <u>Normal</u>        |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da docilidade: <u>Normal</u>     |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da submissão: <u>Normal</u>       |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da obediência: <u>Normal</u>     |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da reverência: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da respeito: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da consideração: <u>Normal</u>    |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da atenção: <u>Normal</u>        |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da escuta: <u>Normal</u>          |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da observação: <u>Normal</u>     |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da percepção: <u>Normal</u>       |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da intuição: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da inspiração: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da revelação: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da iluminação: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da sabedoria: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da ciência: <u>Normal</u>         |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da arte: <u>Normal</u>           |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da literatura: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da música: <u>Normal</u>         |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da dança: <u>Normal</u>           |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da pintura: <u>Normal</u>        |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da escultura: <u>Normal</u>       |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da arquitetura: <u>Normal</u>    |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da engenharia: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da medicina: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da farmácia: <u>Normal</u>        |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da veterinária: <u>Normal</u>    |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da odontologia: <u>Normal</u>     |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da psicologia: <u>Normal</u>     |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da psiquiatria: <u>Normal</u>     |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da sociologia: <u>Normal</u>     |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da antropologia: <u>Normal</u>    |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da geografia: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da história: <u>Normal</u>        |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da filosofia: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da teologia: <u>Normal</u>        |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da religião: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da espiritualidade: <u>Normal</u> |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da metafísica: <u>Normal</u>     |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da cosmologia: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da astrologia: <u>Normal</u>     |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da numerologia: <u>Normal</u>     |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da tarotologia: <u>Normal</u>    |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da cartomancia: <u>Normal</u>     |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da adivinhação: <u>Normal</u>    |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da magia: <u>Normal</u>           |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da alquimia: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da hermetismo: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da ocultismo: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da esoterismo: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da misticismo: <u>Normal</u>     |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da gnose: <u>Normal</u>           |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da teosofia: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da antroposofia: <u>Normal</u>    |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da rosacruz: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da orfismo: <u>Normal</u>         |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da druidismo: <u>Normal</u>      |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da wicca: <u>Normal</u>           |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da pagão: <u>Normal</u>          |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da neopaganismo: <u>Normal</u>    |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da bruxaria: <u>Normal</u>       |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da magia negra: <u>Normal</u>     |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da magia branca: <u>Normal</u>   |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da magia cinza: <u>Normal</u>     |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da magia vermelha: <u>Normal</u> |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da magia amarela: <u>Normal</u>   |                        |                        |  |
| Rx. Autoconhecimento da magia verde: <u>Normal</u>    |                    |                             |                |                                |                  | Rx. Autoconhecimento da magia azul: <u>Normal</u>      |                        |                        |  |

ESPELHO DA AIN

APRESENTAÇÃO: 03/2019

DATA: 11/03/2019

O.E: M230440001

URG./EMERG: 00 ESPERA: PRIVADA

Num AIN: 231910184245-3 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2019 Data de Emissão: 12/02/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0223 Leito: 0001  
Doc autorizador: 708505320547275 Doc med resp: 107185222700000 Doc diretor clín.: 210150950320000 Doc médico solici: 107185222700000  
CNS: 3909000 - INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL Prontuário: 2449752 Laudo: 0001  
Paciente: DAYANE TORRES PERES Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 312658871  
Data Nasc.: 10/12/1991 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 10 - BRASIL Nome da Mãe: ELIETE TORRES PERES  
Responsável pac.: DAYANE TORRES PERES Raça/Cor: PARDAS  
Endereço: FRANCISCO RODRIGUES DIAS, 600 - SUCESSO UF: CE CEP: 63750-000 Telefone: (88) 9983.19360  
Município: 231320 - TAMBORIL Mod. Proc.: 71 N02  
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO  
Diag. principal: 5821-FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE  
Diag. complementar: Causa Óbito:  
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR  
Data internação: 12/02/2019 Data saída: 16/02/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01:

==== CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA) =====

CNPJ do Empregador:

CNAER:

CBO:

Vínculo com a previdência: -

==== PROCEDIMENTOS REALIZADOS =====

| Linha Ato/Proced | PF              | IE CBO   | CNS/CNPJ        | Apurar Valor p/ Qtda Capt | Descrição                                         |
|------------------|-----------------|----------|-----------------|---------------------------|---------------------------------------------------|
| 1 04.08.05.015-2 | 107185222700000 | 1 225270 | 107185222700000 | 3909000                   | 1 022019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR  |
| 2 04.08.05.015-2 | 210157919150018 | 6 225151 | 210157919150018 | 3909000                   | 1 022019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR  |
| 3 04.08.05.055-1 | 107185222700000 | 1 225270 | 107185222700000 | 3909000                   | 1 022019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANO |
| 4 04.08.05.055-1 | 210157919150018 | 6 225151 | 210157919150018 | 3909000                   | 1 022019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANO |
| 5 07.02.03.007-0 | 000000000000158 | 0        | 000000000000158 | 3909000                   | 1 022019 PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)     |
| 6 08.02.01.001-0 |                 | 0        | 3909000         | 3909000                   | 4 022019 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERM) |
| 7 04.01.01.001-5 | 107185222700000 | 0 225270 | 107185222700000 | 3909000                   | 3 022019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO   |
| 8 02.04.06.016-0 | 3909000         | 0        | 3909000         | 3909000                   | 1 022019 RADIOGRAFIA DE PERNA                     |

==== VALORES DA PRÉVIA =====

| Forma de Organização        | + Serv. Hospitalar + | + Serviço Profissional + | + Direto + | + Direto + | + Rateado + | + Total + |
|-----------------------------|----------------------|--------------------------|------------|------------|-------------|-----------|
|                             | Próprio              | Terceiro                 | Próprio    | Terceiro   | Próprio     | Terceiro  |
| 04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS | 97,20                | 0,00                     | 0,00       | 0,00       | 0,00        | 97,20     |
| 04.08.05 MEMBROS INFERIORES | 687,75               | 0,00                     | 0,00       | 0,00       | 288,28      | 976,03    |
| 07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA   | 288,71               | 0,00                     | 0,00       | 0,00       | 0,00        | 288,71    |
| 08.02.01 DIÁRIAS            | 32,00                | 0,00                     | 0,00       | 0,00       | 0,00        | 32,00     |
| Total Geral:                | 1.105,66             | 0,00                     | 0,00       | 0,00       | 288,28      | 1.393,94  |

==== DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES =====

| Linha Nota Fiscal | CNPJ Fornecedor | Lote | Série | Registro ANVISA | CNPJ Fabricante |
|-------------------|-----------------|------|-------|-----------------|-----------------|
|-------------------|-----------------|------|-------|-----------------|-----------------|

5 27767 09.009.950/0001-50

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção 1, p. 12966, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

S821 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

PRINCIPAIS SINAIS E  
SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL,  
NECESSITANDO DE TRATAMENTO  
CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM  
A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE  
PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESE • EXAME FÍSICO • RX

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

SEU

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências de solicitação você pode:

Acessar ocorrências





**HOSPITAL  
FERNANDES TAVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/A S/A  
CNPJ 07.778.984/0001-25 - CUF 08.870  
Av. Francisco de Sá, 3445 - Bairro Wences - Fortaleza-CE  
CEP 61.210-000 - Fone/Fax: (85) 333-2551

www.hospitalfernandes-tavora.com.br E-mail: hospitalfernandes-tavora@ig.com.br

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 12/07/2009

Nome do paciente: JOSE CARLOS

Nº Prontuário: 123456

Categoria: 1

Clinica: 1

Leito: 1

Cirurgião: Dr. João

Anestesiologista: Dr. João

Tipo de Anestesia: Alto

1 Auxiliar: Dr. João

2 Auxiliar: Dr. João

3 Auxiliar: Dr. João

Instrumentadores: Dr. João

Cirulante: Dr. João

Diagnóstico Pré-Operatório: Dr. João

Tipo de Operação: Código: 3 4 1 4 3 3 1 1 1 1

Diagnóstico Pós-Operatório: Dr. João

Relatório imediato do Patologista: Dr. João

Exame Radiológico no ato: Dr. João

Acidente e Incidentes: Dr. João

### Contagem de Compressas:

|                                         |                      |                     |
|-----------------------------------------|----------------------|---------------------|
| Início da Cirurgia                      | Término da Cirurgia  | Duração da Cirurgia |
| Início do Oxigênio                      | Término do Oxigênio  | Duração do Oxigênio |
| Duração da Anestesia (Total de Minutos) | Minutos e Acrobacias |                     |

|                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| Anestesia Ocorrências Principais | Classificação da Cirurgia |
|                                  | LIMPA                     |
|                                  | POSS-CONTAMINADA          |
|                                  | CONTAMINADA               |
|                                  | INFECTADA                 |

Assinatura do Enfermeiro(a): Dr. João

Assinatura Anestesiologista: Dr. João





OLAVO - BRUNO - UNIDADE DE REGULAÇÃO DO INSTITUTO DE JOSE PINTO CENTRAL - FORTALEZA

**Operação:**  
Acompanhar Solicitação de  
Internação

### VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:  
Seleção de situação  
Seleção da solicitação  
Visualização da solicitação  
Lista de ocorrências  
Inclusão de ocorrência  
Visualização de ocorrência  
Confirmação de cancelamento  
Registro de transferência  
Confirmação de transferência  
Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

305001177610050 - DAYANE TORRES PERES



DIETE TORRES PERES

NOME DA MÃE

5802650

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

19/12/1991 - 27 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

SUCESBO

BAIRRO

SUCESBO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

TAMBORÉ

Plantonista

MÉDICO

47211512134 - GUSTAVO TAVARES COLLARES  
DA PENHA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32580000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO R/ HGBH DE APCO  
- INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12800-02724

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

3304021 - FORTALEZA

DATA - HORA

12/06/2019 - 11:30

PROFISSIONAL

47211512134 - GUSTAVO TAVARES COLLARES  
DA PENHA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

040805051 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE  
FRATURA DO PLANTAR TIBIAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRÚRGICO -  
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URGÊNCIA APM EMITIDA APÓS  
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.984/0001-15 CNES: 252084-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

---[ ADMISSÃO ]---

Número 201021000790 Data 12/02/2019 Hora 15:30 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO  
Caráter de Atendimento SISREG AEM  
URGÊNCIA  
Origem do Paciente Clínica/Especialidade  
IJE CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA  
Médico Solicitante Médico Responsável  
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI  
Procedimento Solicitado Dias  
0400030551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLACALTO TIBIAL 3

---[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]---

Nome DAYANE TORRES PERES Sexo FEMININO  
Nascimento 19/12/1991 Idade 27 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião NÃO INFORMADO  
Mãe ELIETE TORRES PERES Pai JUAREZ FARIAS PERES  
Conjuge Responsável MARIA DAS GRACAS LOPES JORGE Prontuário 2440752  
CNS 706901177010030 Registro 201002570000702 Documento Informado RD: 312858871 Emissão: 03/10/2014  
País BRASIL Município de Naturalidade NOVA RUSSAS/CE CEP 63750-000  
Município de Residência TAMBORIL/CE Logradouro DISTRITO FRANCISCO RODRIGUES DIA  
Número 600 Complemento Beirro SUCESSO  
Fone Móvel (88)9963.10369 Fone Fixo (88)9963.10369 Ponto de Referência  
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) OUTRA / DO LAR

---[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]---

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito  
MARIA DAS GRACAS LOPES JORGE 223/1  
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 03  
Atendente: dalane.mariane Data: 12/02/2019 Hora: 15:36:51 Tempo: 00:05:58  
---[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]---

MARIA DAS GRACAS LOPES JORGE, abaixo assinado, responsável pelo paciente DAYANE TORRES PERES, através do presente Termo de Responsabilidade, autorizo aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Comprometo-me, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 12 de fevereiro de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Maria das Gracas Lopes Jorge



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

**HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL**

Crescimento com felicidade

Nº: \_\_\_\_\_

Hora: 18:02 DATA: 19/12/18

Nº SUS: \_\_\_\_\_

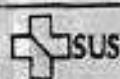
**1. IDENTIFICAÇÃO:**

NOME: Wayane Torres pereira IDADE: 27  
Nº DO DOCUMENTO: 31285887-1 ÓRGÃO EMISSOR: SSP CE DATA DE EMISSÃO: 03/10/2018  
CIVIL: \_\_\_\_\_ FLS: \_\_\_\_\_ LIVRO: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_\_ CARTÓRIO: \_\_\_\_\_  
NATURALIDADE: Ceará PROFISSÃO: NO PAR DATA DO NASC.: 19/12/1991  
EST. CIVIL: União Estável SEXO: F TELEFONE: 9.81160318 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_  
RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Juazeiro  
FILIAÇÃO: Mariz Farias pereira  
Wayane Torres pereira

2. QUEIXA PRINCIPAL: Problema de visão de saúde c/ restrição  
3. HISTÓRIA ATUAL: apresenta embaçamento na visão há uns meses  
4. DIAGNÓSTICO: Eq. LGBR PERCA DE CONSCIENTIZA  
5. CONDUTA: avaliar - fazer Rx. Glóbulos: 15  
6. EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_  
7. PA: 120x80 mmHg  
8. TEMP: \_\_\_\_\_  
9. PISO: \_\_\_\_\_

SP02: 99% PC: 96%





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**

2 - CNES  
3021114

4 - CNES  
3021114

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**DAYANE TOUGI PEREIRA**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
706309114776110030

8 - DATA DE NASCIMENTO  
19/12/91

9 - SEXO  
F

10 - RAÇA/COR  
Branca

11 - NOME DA MÃE  
**Elaine Tereza Pereira**

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**Sucupira**

**Tamboré**

17 - CDD. BOM MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**DOENÇA crônica de evolução de todo o corpo com fraturas de fêmur bilateral fechadas**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**Excesso de peso corporal**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

**Diagnóstico + exame físico + 172681**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**Fratura fechada de fêmur bilateral**

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIA 26 - CID 10 TERCIÁRIA

582.1

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
**OSTEOTOMIA DE SOBRAL**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050591

29 - CLÍNICA

30 - DATA DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNES ( ) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/12/18

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - SÉRIE

42 - CNES

43 - CNES

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNES ( ) CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Renata Ramos da Silva**

**Enfermeira - Doravim - Sobral - Ce**

**11/12/2018**

CRB-18442

CPF: 048.282800-3305 - (RR) 2611.3723

CDD. BOM MUNICÍPIO

Assinatura do Consultante - Nº Registro  
( ) Utilizar também como resumo de alta

Função

Data

13/01/2019

UNISUS WEB

**un@sus**  
web

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do**  
**Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação,**  
**Avaliação e Controle**  
**CRESUS - Central de Regulação**  
**Estadual do SUS**



**GOVERNO DO**  
**ESTADO DO CEARÁ**

USUÁRIO: Bruno Evangelista - UNIDADE: SECRETARIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Operação:  
Agendar Procedimento  
Ambulatorial

**OPERAÇÃO FINALIZADA COM SUCESSO**

Siga os passos abaixo:  
Identificação do paciente  
Solicitação de procedimentos  
Seleção da especialidade  
Solicitação do Agendamento  
Operação finalizada com sucesso  
Detalhes demanda reprimida  
Resumo exclusão de demanda  
reprimida  
Dados para regulação  
Resumo dados de regulação  
Lista de Pacientes

Para realizar uma nova operação clique em Voltar.

Lista de agendamento enviado para regulação

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 240004375924

CENTRAL DE REGULAÇÃO: MACRO - SOBRAL

**Voltar**

Atalho  
Acesso / Desconectar  
Operações

Caso deseje visualizar fila de demanda reprimida você pode:  
Visualizar Fila de Demanda Reprimida





ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAMBORIL  
Secretaria Municipal de Saúde

1. Preencher esta ficha em 3 vias  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento  
entregar 2 vias ao usuário, orientando-o  
para retornar com a 1ª via à unidade de  
origem

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HRT  
Distrito Sanitário: ASA CRIS  
Nome: Danyani Torres Pires  
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 1 / 1 / 1 Ocupação:   
Endereço: Luceno  
Motivo do Encaminhamento: Pete vítima de acidente de  
trânsito, evolui com fratura de platô tibial  
esquerdo (fechada).  
Resultado de Exames:

Consulta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada de platô tibial S

Dr. Nelson Gomes C. de Paula  
Médico  
Assinatura do Consultante Nº de Registro 45504

Médico  
Função

07/01/19  
Data

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial: ☐ Hospitalar: ☐ Auxílio Diagnóstico: ☐  
Procedimento: Osteossíntese de fixação profissional: Traumatologista  
Unidade de Referência:

## FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA(\*)

Unidade de Referência:  Data  /  /  Hora:   
Município:   
Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exame:

Diagnóstico: Principal   
Secundário 1   
Secundário 2

Proposta de Conduta para Segmento

O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro   
(\*) Utilizar também como resumo de ata

Função

Data



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAMBORIL  
Secretaria Municipal de Saúde

1. Preencher esta ficha em 3 vias  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento  
entregar 2 vias ao usuário, orientando-o  
para retornar com a 1ª via à unidade de  
origem

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HRT  
Distrito Sanitário: ASA CRAS  
Nome: Daudine Torres Pires  
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 1/1/ Ocupação:   
Endereço: Luciano  
Motivo do Encaminhamento: Pós vítima de acidente de  
trânsito, evolui com fratura de platô tibial  
esqueleto (fechada).  
Resultado de Exames:

Consulta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada de platô tibial

Assinatura do Consultante N° de Registro

Médico

Médico

Função

07/01/19

Data

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐  
Procedimento: Osteossíntese de fêmur Profissional: Traumatologista  
Unidade de Referência:

## FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA(\*)

Unidade de Referência:  Data 1/1/ Hora:   
Município:   
Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exame:

Diagnóstico: Principal   
Secundário 1   
Secundário 2

Proposta de Conduta para Segmento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro  
(\*) Utilizar também como resumo de este

Função

Data

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO ESQUERDO  
NOME: DAYANE TORRES PERES  
DATA DO LAUDO: 20-12-2018  
MÉDICO SOLICITANTE:

IDADE: anos

### LAUDO

Realizados cortes volumétricos em tomógrafo multislice de 16 canais, sem a administração endovenosa do produto de contraste iodado.

Fratura irregular por esmagamento do platô tibial lateral com irregularidades dos seus contornos.

Hemartrose moderada.

Coxins gordurosos com densidades homogêneas.

Grupos musculares focalizados sem anormalidades apreciáveis.

### CONCLUSÃO:

1. Fratura irregular por esmagamento do platô tibial lateral com irregularidades dos seus contornos.
2. Hemartrose moderada.

ED WILSON CUSTÓDIO FRANCELINO  
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
CRM 59325





HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES  
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que a paciente DAYANE TORRES PERES foi tratada cirurgicamente de fratura da fíbula esquerda e necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 12.02.19.  
CID: S821.

FORTALEZA, 13 de February de 2019

CARLOS MACEDO  
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo  
Ortopedia  
Trauma



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES  
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que a paciente DAYANE TORRES PERES foi tratada cirurgicamente de fratura da fíbula esquerda e necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 12.02.19.  
CID: S821.

FORTALEZA, 13 de February de 2019

CARLOS MACEDO  
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo  
Ortopedia  
Trauma



EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO ESQUERDO  
NOME: DAYANE TORRES PERES IDADE: anos  
DATA DO LAUDO: 20-12-2018  
MÉDICO SOLICITANTE:

#### LAUDO

Realizados cortes volumétricos em tomógrafo multislice de 16 canais, sem a administração endovenosa do produto de contraste iodado.

Fratura irregular por esmagamento do platô tibial lateral com irregularidades dos seus contornos.

Hemartrose moderada.

Coxins gordurosos com densidades homogêneas.

Grupos musculares focalizados sem anormalidades apreciáveis.

#### CONCLUSÃO:

1. Fratura irregular por esmagamento do platô tibial lateral com irregularidades dos seus contornos.
2. Hemartrose moderada.

ED WILSON CUSTODIO MANCINI  
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
CRM 9125



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES  
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atestado, para os devidos fins, que a paciente DAYANE TORRES PERES foi tratada clinicamente de fratura da tíbia esquerda e necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 12.02.19.

CID: S821.

FORTALEZA/CE, 13 de February de 2019

CARLOS MACEDO  
CRM/CE 5342

Dr. Carlos Macedo  
Ortopedia  
CRM/CE 5342



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES  
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atestado, para os devidos fins, que a paciente DAYANE TORRES PERES foi tratada clinicamente de fratura da tíbia esquerda e necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 12.02.19.

CID: S821.

FORTALEZA/CE, 13 de February de 2019

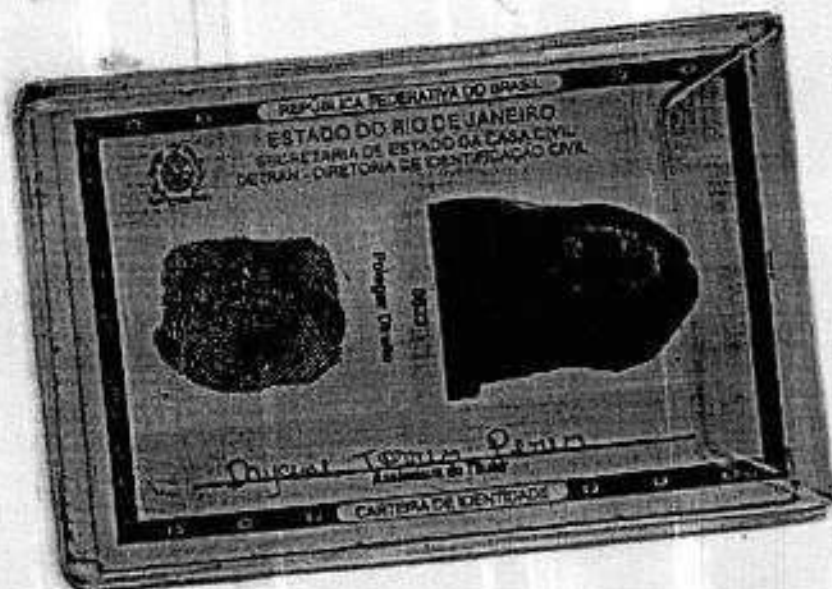
CARLOS MACEDO  
CRM/CE 5342

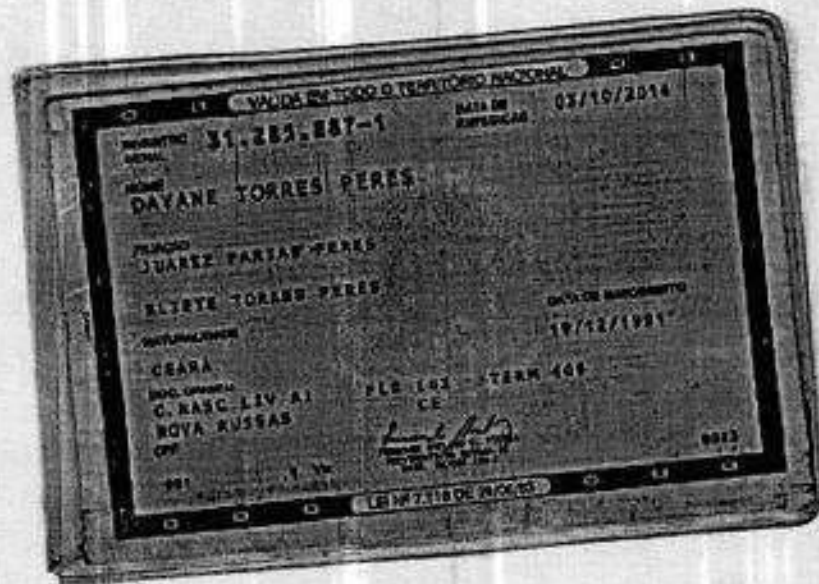
Dr. Carlos Macedo  
Ortopedia  
CRM/CE 5342



COMPREV SEGUROS  
PREVIDENCIA S.A.  
REC 12 JUL 2019  
Nombre: \_\_\_\_\_

COMPREV SEGUROS  
PREVIDENCIA S.A.  
29 MAR 2019





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236861/19

Vítima: DAYANE TORRES PERES

CPF: 057.006.853-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2018

Titular do CPF: DAYANE TORRES PERES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**DAYANE TORRES PERES : 057.006.853-37**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019  
Nome: DAYANE TORRES PERES  
CPF: 057.006.853-37

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

DAYANE TORRES PERES

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

Luciana Alves Araujo (COMPANHIA (Matriz) DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL) concluiu a regulação do sinistro.

Parecer: Favorável

Parecer da Regulação:  
Prezado(s) Senhor(es),

01/04/2019 12:28 Concluir regulação

Encaminhamos a V.S.a., o processo abaixo para apreciação, pois a documentação encontra-se completa, Deverá ser averiguado a sequele definitiva da invalidez, pois tudo indica que a vítima não possui sequele alguma.

O usuário Luciana Alves Araujo (COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL) editou os dados da pessoa DAYANE TORRES PERES.

01/04/2019 12:28 Edição de pessoa

Luciana Alves Araujo preencheu campos chave do sinistro.

01/04/2019 12:22 Preencher campos chave

GIAN CARLOS DE LUCENA SILVA (COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL) encaminhou a regulação do sinistro para Luciana Alves Araujo

01/04/2019 08:14 Distribuir

O usuário Serviço Tasker informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.

29/03/2019 12:42 Carga realizada

O usuário Usuário DigProprio (Digitalização Própria) informou que recebeu os documentos da remessa 791464472.

29/03/2019 11:49 Emissão de protocolo

Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por:

Usuário: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE (0081)

ASL-0108363/19

29/03/2019 11:01 Aviso Seguradora Líder

Dados da vítima

Vítima: DAYANE TORRES PERES

CPF: 05700685337

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAYANE TORRES PERES

Data de nascimento: 19/12/1991

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190426374 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAYANE TORRES PERES **Data do acidente:** 19/12/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190426374 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAYANE TORRES PERES **Data do acidente:** 19/12/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236861/19

**Número do Sinistro:** 3190426374

**Vítima:** DAYANE TORRES PERES

**CPF:** 057.006.853-37

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 19/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DAYANE TORRES PERES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019  
Nome: DAYANE TORRES PERES  
CPF: 057.006.853-37

DAYANE TORRES PERES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAYANE TORRES PERES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01409-5

CONTA: 000010035661-3

---

Nr. da Autenticação BA3B5149CCDA621

---

**Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190426374**

**Vítima: DAYANE TORRES PERES**

**Data do Acidente: 19/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DAYANE TORRES PERES**

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, 18 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190426374**

**Vítima: DAYANE TORRES PERES**

**Data do Acidente: 19/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DAYANE TORRES PERES**

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

|                                                             |              |
|-------------------------------------------------------------|--------------|
| Multa:                                                      | R\$ 0,00     |
| Juros:                                                      | R\$ 0,00     |
| Total creditado:                                            | R\$ 1.687,50 |
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25% |              |
| Graduação: Em grau médio 50%                                |              |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%           |              |
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =                     | R\$ 1.687,50 |

Recebedor: **DAYANE TORRES PERES**

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

Banco: **1**

Agência: **000001409-5**

Conta: **000010035661-3**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190426374**

**Vítima: DAYANE TORRES PERES**

**Data do Acidente: 19/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DAYANE TORRES PERES**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Impresso nº 2019200565

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 656 - 205 / 2019



**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **27/03/2019 10:39:35**  
Data / Hora da Ocorrência: **19/12/2018 19:02:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA VICENTE FERREIRA**  
Complemento:  
Bairro: **AREIAS**  
Município: **TAMBORIL/CE**  
Ponto de Referência: **PROX A LINHA DO TREM**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **DAYANE TORRES PERES**

Nascimento: **19/12/1991** CPF: **057.006.853-27**

RG: **20072315371**

Orgão Emissor: **SSPD** **PREV SEGUROS**

Filiação: **ELIETE TORRES PERES**

**JUAREZ FARIAS PERES**

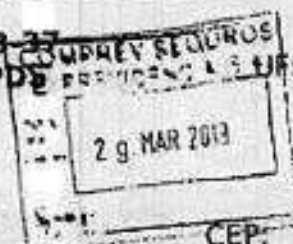
Endereço: **RUA CIRO OTAVIO**

Bairro: **CENTRO**

Município: **TAMBORIL/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 98152-5203**



**Histórico**

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

O declarante compareceu a esta delegacia e informou que estava fazendo caminhada na lateral da avenida Vicente Ferreira, próximo a linha do trem, quando uma motocicleta, não identificada, lhe atropelou; QUE ficou desorientada após a pancada e que fraturou o osso do joelho da perna esquerda; QUE afirma que não conhece o condutor da motocicleta e que o mesmo não prestou socorro; QUE foi socorrido por sua sogra de nome Maria das Graças, que chamou a ambulância do PSF do distrito de Sucesso, município de Tamboril-CE; Afirma que foi levada ao Hospital de Tamboril, a qual foi transferida para o Hospital São Lucas em Crateús; QUE está sendo auxiliado com a documentação do DPVAT pelo Caril Seguros.

TESTEMUNHA MARIA DAS GRAÇAS LOPES JORGE (CPF: 986.540.803-10)- Moradora da rua Francisco Rodrigues Dias, Centro do distrito de Sucesso, Tamboril-CE. Afirma que é sogra da vítima e que estava fazendo caminhada com a mesma no endereço supracitado; QUE não viu o momento em que a motocicleta, não identificada, atropelou sua nora; QUE estava mais atrás e só escutou o barulho da pancada; QUE afirma que a motocicleta não parou para prestar socorro; QUE chamou a ambulância do PSF de Sucesso para levar a vítima ao Hospital.

TESTEMUNHA JOAO DE DEUS LOPES JORGE (CPF: 038.337.743-98)- Morador

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Concluído em: 27/03/2019 11:14:52

Pág. 1 de 2

Impresso em: 27/03/2019 11:14:52



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL



Impresso nº 2019200565

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 205 / 2019

da rua Francisco Rodrigues Dias, Centro do distrito de Sucesso, Tamboril-CE. Afirma que é amigo da vítima e que não presenciou o momento do acidente; QUE logo após para prestar socorro; QUE viu sua esposa caída no chão com o joelho bastante ralado, porém não sabia que tinha existido fratura.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Camila Alves  
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Dayane Torres Pires

VISTO DO DELEGADO(A) : Thiago Rezende Tatagiba  
THIAGO REZENDE TATAGIBA - MAT.: 30123832

x maria dos Graças Lopes Jorge



x José dos Reis Lopes Jorge





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

057.006.853-37

DAYANE TORRES PERES

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

Nome completo:

DAYANE TORRES PERES

CPF: 057.006.853-37

Profissão:

ADVOGADA

Endereço:

RUA CINDO OTAVIO

Bairro:

CE-AND

Cidade:

TAMBORIL

Estado:

CEARA

Número:

00582

Complemento:

CASA

CEP:

63.750-000

TEL (DDD):

144199912-3846

E-mail:

004152-0001230@GMAIL.COM

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4020

(informar o dígito se existir)

CONTA: 00017581

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: TAMBORIL-CE, 27 MARÇO 2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

29 MAR 2019

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