

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529629

Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 00000134533-4

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



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529629

Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 656.615.093-87 4 - Nome completo da vítima: Valenice Maria Silva de Franco

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

5 - Nome completo: Valenice Maria Silva de Franco 6 - CPF: 656.615.093-87
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Mato Grosso 9 - Número: 192 10 - Complemento:
11 - Bairro: Remansuário 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60110-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: 1563 CONTA: 34533 4 AGÊNCIA: CONTA:

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 da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 residência (ou não)? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 12 de Setembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019601057



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2901 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/08/2019 12:34:03**
Data / Hora da Ocorrência: **06/04/2019 06:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CORONEL CARVALHO, 3750, ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **VAPT VUPT**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **VIRLANE MARIA SILVA DE FRANÇA**
Nascimento: **26/04/1980** CPF: **656.615.083-87**
RG: **97002234486** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANÇA**
ANTONIO RODRIGUES DA FRANÇA
Endereço: **RUA MATO GROSSO, 192**
Bairro: **DEMOCRITO ROCHA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: **(85) 98753-7022**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIH7494** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4120CR578829** Renavam: **471722839** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **ROXA** Proprietário: **MARIA HELENA PEREIRA NEGREIROS HENRIQUI** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma a declarante que na data, hora e local acima citados, trafegava como garupeira na motocicleta de placa OIH7494, pilotada por Jorge Luiz Negreiros Henrique, quando foram "trancados" por um carro (placa não anotada), no que o piloto perdeu o controle do veículo e este derrapou, tendo ambos (piloto e garupeira) caído ao solo, mas somente a declarante saiu lesionada, sendo socorrida pelo Samu para o Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura (Frotinha de Antonio Bezerra); QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; QUE, nada mais disse./////// Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do C.P.B.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Mirlane Maria Silva de França

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MARCIA NOGUEIRA SURIMA - MAT.: 012875-1-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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: 1563

CONTA: 134533

AGÊNCIA:

CONTA:

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 INVALEZ 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 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, conforme 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 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)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

34 - 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

nascer(a) filho(s)?

☐ 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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

31

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:

Porto Alegre, 12 de Setembro de 2019.

Virlane Maria Silva de Franco

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



SAMU

192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Virlane Maria Silva de França** - C.P.F. - **656.615.083-87**, no dia **06/04/2019**, às **06h58min**, na **Avenida Coronel Carvalho**, no **Bairro Antônio Bezerra**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P783229/2019**.

Fortaleza, 24 de Julho de 2019.

Atenciosamente,



Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45561-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45690-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza

P-783229119

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M06 PONTO DE APOIO: UFL Nº DA OCORRÊNCIA: 0252
 DATA: 06/04/22 TURNO: NOTURNO EQUIPE: Sônia / Cassio
 NOME: VILANE MARIA SILVA DE PAIVA IDADE: 38 SEXO: F
 ENDEREÇO: LOPARETE ANUALHO 3750
 REFERÊNCIA: VAP VUL BAIRRO: ANTONIO BEZERRA
 QTY: 06:48 QUS: 06:58 QUY: 07:15 QUU: 07:25
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: MOTO COLISÃO (FRACTURA DE MSD)

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

B
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

DE INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:
C
Circulação

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO ☐ CHERO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

PELE

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

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☐ SIM
☒ NÃO

LOCAL:

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

ABERTURA OCULAR

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

TOTAL:

RESPOSTA VERBAL

☒ ORIENTADO (A) / SORRI (P)
☐ CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL
☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
☐ NENHUMA

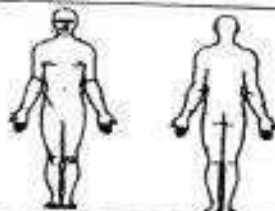
RESPOSTA MOTORA

☒ OBEDECE 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
Exame físico

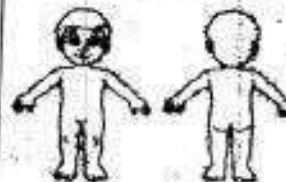
ADULTO



LESÕES

FRACTURA FECHADA COM MSD

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 99

PA: -

FR: 20

GLIC: -

OXIM: 95%

TEMP: -

1,538; des 0, repoua sintoma de moto, em mo de
 Loparete, repa sinage. Apresenta fratura de MSD, com
 movimento em MIEA. FC: 89, FR: 20, Sat 95%. em AA. Penala
 2TW, emonitela a fratura do Antonio Bezerra.

Sônia Cid
Enfermeira
COREN-CE 250.360

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000134533-4

Nr. da Autenticação 48EE22C064AE37AC

7193648

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2003

enel

Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Valdeirino, 150
CEP 60135-040 - Fortaleza CE
CNPJ 03.047.261/0001-70 | CDT 06.105.048-3Para seguir seu atendimento, utilize o nº acima
vinculado aos dados em seu cartão de crédito.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 007069986

Rota FOK17U20

Referência 08/2019

Nome VIRILANE MARIA SILVA FRANCA

Endereço RU MATO GROSSO, 00192, PANAFERICANO, 60110-000,

FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 26/08/2019

Medidor 202779-FAE-005

ÁREA RESERVADA AO RISCO

0040495613320110850485

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

R.F.: 3 dias

Anterior

Atual

Próxima prevista

26/08/2019

26/08/2019

26/09/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fm. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	47.213	47.136	1,00	77	00	00	0,85000	65,72

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC		5,41
CONSUMO	R,80805	62,22
JUROS MORATORIOS		1,12
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00312	0,24
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05104	3,93
MULTA		1,33

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	valor (R\$):
ICMS	66,39	27,00	17,92
PIS	66,39	1,35	0,88
COFINS	66,39	6,16	4,08

02/09/2019

74,25

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 656.615.083-87

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Componentes suas emissões

pelo consumo de energia elétrica

Emitido (kg CO₂) Compensado (kg CO₂) Condição Ecológica (%CO₂)

30,06 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/07 Valor R\$72,26). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res ANEEL 414/10 Arts. 171 (c/c 172) e o envio aos ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da LC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000007193648.

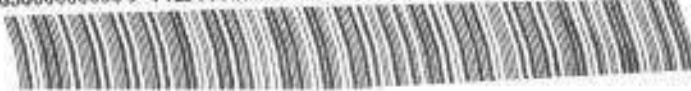
Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 27/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 26/08

DEBITOS ANTERIORES
RES 700 VALOR R\$:
07/2019 72,26
Total R\$ 72,26



Nº do Cliente: 7193648 Referência: 08/2019 V: [L.O.D.]
Data de Emissão: 26/08/2019 Total a Pagar (R\$): 74,25
Nº da Nota Fiscal: 657069986 Nº de Controle: 30001466858

838000000009 74250031010 6 002841535014 00007193648 3



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARIA HELENA PEREIRA NEGREIROS HENRIQUE

RG nº 2015168615-1, data de expedição 16/11/2015

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 761.403.423-68

com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA ESTADO DO RIO, nº 535

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

VIOLANE MARIA SILVA DE FRANÇA, cujo o condutor era

JORGE LUIZ NEGREIROS HENRIQUE

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: MONDRI CG 125 FAW Ano: 2012

Placa: 01H 9494 Chassi: 9CWC4120CE578829

Data do Acidente: 06/04/19

Local e Data:

10 SET 2019

Assinatura do Declarante

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

Cartório Cavalcanti Filho

End: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI

Rua T. de Almeida, 160 - CEP: 60.720-100 - Fortaleza - Ceará
Fone: (011) 3225-0341 - Fax: 3245-1008 - e-mail: cavalcanti@cartorio.com.br

Reconheço por autenticidade a firma abaixo:

MARIA HELENA PEREIRA NEGREIROS HENRIQUE

em 16. Fortaleza, 10 de setembro de 2019. 13:40:42. Cód.: (3457762292100)

Antônio Gabriel Canafistela (Escrivente Autorizado)

Emol: R\$ 3,29 TAXAS: R\$ 2,10 Total: R\$ 5,39 Funes: JANEIRO

Valido somente com o selo de autenticidade

RECEBIMOS O SELO TIPO 3
NORTE-ATO, CONFORME
AUTENTICAÇÃO DO TJ-CE, NA
DATA 17-1-2020, PELA
SECRETARIA DE JUSTIÇA

AUTENTICAÇÃO

Nº 1C-834593



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

SI

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE VIRLANE MARIA SILVA DE FRANÇA		DADOS PESSOAIS	
NOME MAE FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANÇA		Nº DO PRONTUÁRIO 210006	Nº DO BE 281850
ENDEREÇO RUA MATO GROSSO 192 DEMÓCRITO ROCHA		NASCIMENTO 26/04/1980 (33 ANOS)	SEXO F
CONTATO (85)99946-5573		NOME RESPONSÁVEL GERLANA USB M0	RACIA COR NAO INFORMADO
		MORCEPO FORTALEZA	UF CE
		CEP 60.440-115	
LOCAL DA OCORRÊNCIA - TRANSPORTE/LOCAL DO ACIDENTE			
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
CURSO SAMU SEM COLISAO DOR NO MSD APOS QUEDA HA 1 HORA		MOTIVO QUEDA DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI		GLICEMIA NI
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO THAIS FRAGOSO VIEIRA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 06/04/2019 07:19:52
ÁREA DE ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA			
HISTÓRICO			
ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>Viúva de acidente de moto com</i> <i>Fratura de úmero @ direita com</i> <i>complicação sem exposição</i> <i>de osso e com dor de intensidade</i> <i>moderada.</i>			
DIAGNÓSTICO Fract. Úmero		CID S42.0	
SOLICITAÇÃO			
☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO		APAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Dor forte no ombro</i> <i>Requer analgésico + anti-inflamatório</i>		<i>9:25</i> <i>9:30</i>	
TIPIC DE ALTA/SAÍDA			
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL.			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			



Dr. Manoel Augusto
Ortopedia e Traumatologia - SBO
Especialista em Ombro - SBOC
TEOT 1153 - RQE 1850

Impresso por Thais fragoso vieira em 06/04/2019 às 07:19:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANÇA

Fr. Úmero @ : AP, P

Fr. Cotovelo @ : AP, P

Fr. Antebraço @ : AP, Ref. L

maria

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEFAM

24
1

EM BRANCO

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 05/2019

DATA: 30/04/2019

Num AIH: 231910212748-5 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 05/2019 Data de Emissão: 07/04/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0204 Leito: 0003

Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clín.: 218158059320008 Doc médico solíc: 201591461720008

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

CNS: 706000700499322

Paciente: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA ✓

Prontuário: 2450522 ✓

Laudo: ✓

Data Nasc.: 26/04/1980 Sexo: FEMININO / Nacionalidade: 10 - BRASIL

Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 97002234485

Responsável pac.: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

Nome da Mãe: FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANCA ✓

Endereço: MATO GROSSO, 192 - DEMOCRITO ROCHA

Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA

UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (05)9877.64938

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S423-FRATURA DA DIÁFISE DO UMEROS

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAIADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar: ✓

Causa Óbito: -

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação: 07/04/2019 Data saída: 10/04/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓

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

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo com a previdência: -

CBO: -

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]===

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.08.06.019-0	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1 042019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO
2 04.08.06.019-0	218157919150018	6 225151	218157919150018	3969800	1 042019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO
3 04.08.02.039-3	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1 042019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFIS
4 04.08.02.039-3	218157919150018	6 225151	218157919150018	3969800	1 042019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFIS
5 07.02.03.000-2	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1 042019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTR
6 08.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	1 042019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
7 04.01.01.001-5	201591461720008	0 225270	201591461720008	3969800	✓ 1 042019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.02.02.038-0	6913326	0	6913326	6913326	✓ 1 042019 HEMOGRAMA COMPLETO
9 02.02.02.013-4	6913326	0	6913326	6913326	✓ 1 042019 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
10 02.02.02.014-2	6913326	0	6913326	6913326	✓ 1 042019 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PRO
11 02.04.04.005-1	3969800	0	3969800	3969800	✓ 1 042019 RADIOGRAFIA DE BRACO

===[VALORES DA PRÉVIA]===

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar + +----- Serviço Profissional -----+ +													
	+----- Direto -----+ +----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +													
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	+ Total							
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,49							
04.08.02 MEMBROS SUPERIORES	242,51	0,00	0,00	0,00	144,37	0,00	386,88							
04.08.06 GERAIS	460,58	0,00	0,00	0,00	163,16	0,00	623,74							
07.02.03 OPM EM ORTOPEdia	✓ 235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88							
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00							
Total Geral:								995,37	0,00	0,00	0,00	307,53	0,00	1.302,90

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]===

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
5 20794 ✓	09.069.959/0001-58 ✓				

Número de Nascidos

Número de Saídas

N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

MS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

PAG.: 2

O.E: M238440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 05/2019

DATA: 30/04/2019

Num AIH: 231910212748-5

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 05/2019

Data de Emissão: 07/04/2019

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 I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL





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: karon_farias - UNIDADE: HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA

Operação:

Consultar Dados do Laudo

Siga os passos abaixo:

Seleção da solicitação de

internação

Pesquisar paciente

Dados do laudo

Dados do laudo - Internação

Lista de ocorrência

Visualização da ocorrência

Inclusão de ocorrência

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações

DADOS DO LAUDO - SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Para realizar uma nova consulta de laudo clique em Voltar.

NÚMERO DO LAUDO

12670025377

Identificação do paciente

PACIENTE

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

NOME DA MÃE

FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANCA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

210006

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

26/04/1980 - 38 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 999465573

ENDEREÇO

RUA MATO GROSSO, Nº 192

BAIRRO

DEMOCRITO ROCHA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

37129066334 - ROBERTO WELTON TEIXEIRA DA COSTA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 34883210

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE RECEBEU VAGA PARA TRATAMENTO CIRURGICO EM UJ

Solicitação

NÚMERO

12670025377

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

DATA - HORA

07/04/2019 - 09:20

PROFISSIONAL

37129066334 - ROBERTO WELTON TEIXEIRA DA COSTA

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2516683 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA (FORTALEZA)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020334 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

PROCEDIMENTO REALIZADO

Luciano Távora



CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
ESPECIALIDADE CLÍNICA		
CLÍNICA COMPLEMENTAR	-	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA A/H EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO	
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA	
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO FORTALEZA	
Justificativa da internação		
DIAGNÓSTICO INICIAL	S422 - Fratura da extremidade superior do úmero	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	FRATURA DE UMERU	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	TRATAMENTO CIRURGICO	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	RX	
Judicial		
JUDICIAL	NÃO	
NÚMERO DO MANDATO		
OBSERVAÇÕES JUDICIAIS*		
Causas externas		
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA	
Evolução do paciente		
DATA-HORA ▲ ▼	OPERADOR ▲ ▼	EVOLUÇÃO ▲ ▼
Nenhum registro encontrado.		
Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última		

Voltar

Caso deseje acessar a lista de ocorrências da solicitação você pode:

[Acessar ocorrências](#)

Caso deseje Imprimir Laudo de Solicitação de Internação você pode:
[Imprimir Laudo de Solicitação de Internação](#)



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA		PRONTUÁRIO: 5610944		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 706800700499322	8 - DATA NASCIMENTO: 26/04/1980	09 - SEXO () M () F	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAT: FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANCA		12 - TELEFONE:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I.		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): MATO GROSSO 162 BELA VISTA				
16 - MUNICÍPIO: FORTALEZA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE UMERU**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX. UMERO	24 - CID 10 S423	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	----------------------------	------------------------	--------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE UMERU.	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020393
--	---

29 - CLÍNICA: TRAUMATO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 07/04/2019	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):	

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

==[ADMISSÃO]==

Número 201921001753 Data 07/04/2019 Hora 16:03 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento URGÊNCIA SISREG AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO Médico Responsável 4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
Procedimento Solicitado 0408020334 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE Dias 4
==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA Sexo FEMININO
Nascimento Idade 26/04/1980 38 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANCA Pai ANTONIO RODRIGUES DE FRANCA
Conjuge Responsável GERMANA SILVA DE FRANCA MARINHO 2450522 Prontuário
CNS 706800700499322 Registro 201902570001516 Documento Informado RG: 97002234486 Emissão: 18/04/2005
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 60010-000
Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA MATO GROSSO
Número 192 Complemento Bairro DEMOCRITO ROCHA
Fone Móvel (85)9877.64938 Fone Fixo Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / TECNICO DE ENFERMAGEM DE SAUDE DA FAMILIA

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar GERLANA SILVA - SOBRINHA Acomodação/Leito 204/3
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA MÉDICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 01
Atendente: daiane.mariano Data: 07/04/2019 Hora: 16:11:00 Tempo: 00:07:40

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

GERMANA SILVA DE FRANCA MARINHO, abaixo assinado, responsável pelo paciente VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 07 de abril de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Germana Silva de Franca Marinho



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555

www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

08/10/19

Nome do paciente:	Vilzore na de franco		
Nº Prontuário:		Categoria:	
Clínica:		Leito:	
Cirurgião:	Cláudio		
Anestesiista:	Paulo		
Tipo de Anestesia:	Bupivacaína com fentanil 5µg + Bupivacaína		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:			
Circulante:			
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fila de espera		
Tipo de Operação/ Código:	0808020353		
Diagnóstico Pós-Operatório:	05080612		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
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 c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Glaucine Dantas

Assinatura da Enfermeira(o)

327669

1

Paulo

Assinatura Anestesiista

CRM 2026
CPF 045.085.214-00
08/10/19 15:05 Vilzore

MODELO 8.0

[illegible]

MODELO 5.1

Data

FICHA DE ANESTESIA

[illegible]

~~MODELO 2.1~~



Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555

www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

PRÉ - REQUISICÃO - ANESTESIA

NOTES

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201921001753 07/04/2019 16:03 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Médico Responsável
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado
0408020334 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROX

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
204/3 ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
26/04/1980 38 Anos NÃO INFORMADO 2450522 201902570001516

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO
Procedimento Realizado
0408020334 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROX
Data Hora Motivo
10/04/2019 16:39 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA, 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), 10 de abril de 2019

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: meirylane.gondim

Data: 10/04/2019 Hora: 16:39:21



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

NOME : VIRLANE MARIA SILVA DE FRANÇA

SOLICITO:

1) 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

HD: FRATURA NO UMEROS DIREITO

DATA: 10/06/2019

X. Guimarães Victor de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM 15787



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ARTICULAR MÓDULO

Articulação de Ulna
no Joelho - Fêmur e

Articulação de Ulna

e Artroscopia

7 de Junho 2003

CLÁUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 4078

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



HOSPITAL DISTRITAL DR. FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



2ª Via - Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Dr. CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO	CRM: CRM/CE	Nº: 4078
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA Idade: 38 ano(s)
Endereço: RUA MATO GROSSO, 192 - DEMOCRITO ROCHA - FORTALEZA/CE

R

USO ORAL

1) CEFALLEXINA 500

UMA CAPS DE 6 EM 6 HORAS == OBS= CURATIVO DIARIO... MAN
TER TIPOIA... RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS...
RETORNAR PARA REVISAO. DIA 13 05 19 AS 8HS.

02

2) MELOCOX 7,5

UMM COMP DE 12 EM 12 HORAS.

01

3) ETNA COMP

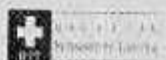
UM COMP POOR DIA.

FORTALEZA/CE, 8 de Abril de 2019

CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
CRM/CE 4078

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	Orgão Emissor:
Ident:	
Endereço:	UF:
Município:	
Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: 08/04/2019	



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE A PACIENTE VIRLANE MARIA SILVA DE FRANÇA COM FRATURA EM
UMERO DIRIETO, NECESSITA DE 180 DIAS DE REPOUSO. CID= S423

FORTALEZA/CE, 8 de Abril de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

[Handwritten signature]
Claudio Jose
CRM/CE 4078

Prezado (a)

Declaro para os devidos fins, que realizei 40 (quarenta) sessões de Fisioterapia motora a R\$73,00 reais o valor de cada atendimento ao paciente VIRLANE MARIA SILVA DE FRANÇA, cujo CPF: 656.615.083-87. Recebi a importância de R\$ 2920,00 (Dois Mil, Novecentos e vinte reais) referente ao pagamento do serviço prestado a domicílio. A mesma sofreu um acidente de trânsito com fratura em membro superior direito (úmero) CID 10 S42.3, encontra-se evoluindo após trauma. O tratamento iniciou-se no dia 11 de junho de 2019 e foi concluído no dia 23 de agosto de 2019.

Atenciosamente,




Dr. Antônio H. A. M. Oliveira
Fisioterapeuta
CRF 231879 - F

Antônio Hérbetty Arcanjo Martins Oliveira
Fisioterapeuta CRF -231879-F

67

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316964/19

Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

CPF: 656.615.083-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/04/2019

Titular do CPF: VIRLANE MARIA SILVA DE
FRANCA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA : 656.615.083-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA
CPF: 656.615.083-87

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316964/19

Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

CPF: 656.615.083-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/04/2019

Titular do CPF: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA : 656.615.083-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA
CPF: 656.615.083-87

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190529629 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P6,8,10,11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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