

---

**Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190389183**

**Vítima: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA**

**Data do Acidente: 09/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190389183

Vítima: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190389183

Vítima: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA**

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros

superiores 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000000687-4

Conta: 0000015973-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Investprev Seguradora S/A

19 JUN 2019

CPF: 42.386.302/0001-28

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 371.784.823-20	Nome completo da vítima FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA
---------------------------	---------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA		CPF titular da conta 371.784.823-20	Profissão AGRICULTOR
Endereço FZ CACIMBA DA PEDRA		Número 09999	Complemento CASA
Bairro CAJAZEIRAS	Cidade MADELENA	Estado CEARÁ	CEP 63.860.000
Email			Telefone (DDD) (88) 99752-4007

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/> BANCO BRADESCO <input type="text"/> 237	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 0687 <input type="text"/> 4 <input type="text"/>	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 15.973 <input type="text"/> 5 <input type="text"/>	

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

MADELENA - CE, 28 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

*Francisco José de Sousa Costa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

04 DEZ. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MADALENA



**Impresso nº 2018219240**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 493 - 329 / 2018**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** \_\_\_\_\_

**"ESCRIVÃO AD-HOC" - MAT.:** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_

**FLAVIA CAROLINA MONTEIRO FONSECA - MAT.: 30120264**

*Flaviana Zale do Nascimento*

*Flaviana Zale do Nascimento*

Investprev Seguradora S/A

19 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Investprev Seguradora S/A.

04 DEZ. 2018

Pág. 2 de 2

DELEGACIA MUNICIPAL DE MADALENA

Consolidado em: 12/11/2018 10:14:40

Impresso em: 12/11/2018 10:14:40



Impresso nº 2018219240

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 493 - 329 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **12/11/2018 10:10:04**  
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2017 16:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **VILA SÃO JOSÉ DOS GUERRAS**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MADALENA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA**  
Nascimento: **10/08/1965** CPF: **371.784.823-20**  
RG: **2002005000910** Órgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA**  
**JOSÉ NERI DA COSTA**  
Endereço: **VILA FAZENDA CACIMBA DA PEDRA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **MADALENA/CE**  
País: **BRASIL**

UF: **CE**

Investprev Seguradora S/A

CEP: **63.860-800**

Telefone: **(88) 99233-4362**

CNPJ: **42.366.302/0001-28**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYD6985** Uf: **CE** Município: **MADALENA** Chassi:  
**9C2KC08108R038597** Renavam: **936439840** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano  
Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**PRETA** Proprietário: **FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Informar que data, local e horário supracitado, trafegava no veículo acima descrito como garupeiro, quando FRANCISCO WELINGTON BARBOSA COSTA, condutor da motocicleta, perdeu o controle do veículo vindo ambos a colidir com uma árvore; Que após o acidente o noticiante foi socorrido para o hospital local da cidade de Itatira; Que o noticiante tem como testemunhas o Sr. Francisco Vale do Nascimento, portador do RG nº 324930-82 e CPF nº 245.524.103-34, residente e domiciliado na Fazenda Cacimba da Pedra, zona rural deste município bem como o Sr. Marcos Paulo Ferreira Severo, portador do RG nº 2007068910-0, CPF nº 048.532.693-04, também residente e domiciliado na fazenda Cacimba da Pedra; Que foi apresentado no ato do registro do presente Boletim, cópias dos documentos das testemunhas acima mencionadas, bem como as seguintes cópias do noticiante ( rg, cpf, comprovante de residência, ficha de referência do Hospital Municipal de Itatira/CE, FICHA DE REFERÊNCIA DO Hospital e Maternidade Regional São Francisco, e do dut do veículo supra mencionado envolvido no acidente. E NADA MAIS DISSE.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MADALENA

Investprev Seguradora S/A.

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 371.784.823-20	Nome completo da vítima FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA
---------------------------	---------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo FRANCISCO JOSÉ DE SOUSA COSTA		CPF titular da conta 371.784.823-20	Profissão AGRICULTOR
Endereço FZ CACIMBA DA PEDRA		Número 09999	Complemento CASA
Bairro CAJAZEIRAS	Cidade MADEIRA	Estado CEARÁ	CEP 63.860.000
Email	Investprev Seguradora S/A	Telefone (DDD) (88) 99752-4007	
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) BANCO Nome: <input type="text" value="BANCO BRADESCO"/> NRD: <input type="text" value="237"/> AGÊNCIA NRD: <input type="text" value="0687"/> D/V: <input type="text" value="4"/> CONTA NRD: <input type="text" value="15.973"/> D/V: <input type="text" value="5"/> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

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

MADALENA - CE, 28 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

*Francisco José de Sousa Costa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

04 DEZ. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota  
Rua Barão do Rio Branco 1816  
Fortaleza - Ceará

### RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: <b>FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA</b>		
Sexo: <b>M</b>	Internação: <b>12/12/2017</b>	Alta Neurocirúrgica: <b>15/01/2018</b>
Diagnóstico: <b>CANAL ESTREITO CERVICAL C3-C4 E C4-C5</b>		
Prontuário: <b>5540891</b>	ASIA D	<b>ATRODESE CERVICAL ANTERIOR C3-C5 E CORPECTOMIA DE C4</b>

<b>Evolução Clínica:</b>  Paciente, 52 anos, vítima de acidente de moto no dia 09/12/17. Admitido no LIF com diparesia braquial. TC de crânio da admissão sem alterações intracranianas. Realizou RNM de coluna cervical que evidenciou canal estreito cervical ao nível de C3-C4 e C4-C5. Encaminhado para enfermaria da neurocirurgia no dia 16/12/17 para avaliação e conduta. Realizado artrodeose cervical anterior C3-C5 com corpectomia de C4 no dia 28/12/17 pelo Dr. Márcio Parahyba, sem intercorrências. Teve diagnóstico de TVP bilateral e iniciado Marevan para anticoagulação; hoje com INR=2,8.	Investprev Seguradora S/A 04/12/2018 INP: 42.566.302/0001-28
<b>Resultado de Exames:</b>  TC de crânio (10/12/17): normal. RNM de coluna cervical (16/12/17): canal estreito cervical ao nível de C3-C4 e C4-C5. US Doppler de MMII: TVP bilateral	
<b>Hoje:</b>  PACIENTE EVOLUINDO BEM, COM MELHORA PROGRESSIVA DO DEFICIT, JÁ INICIOU DEAMBULAÇÃO. (INICIALMENTE ASIA C COM DIPARESIA MAIOR EM MMSS E DIFICULDADE PARA CONTROLE DE ESFINCTER).	

<b>Orientações:</b> - Alta da neurocirurgia, ALTA HOSPITALAR. - RETORNO AMBULAORIAL COM DR. MARCIO PARAHYBA EM 1 mês. - RETORNO AMBULATORIAL COM CIRURGIA VASCULAR - RETORNO À EMERGÊNCIA SE INTERCORRÊNCIAS. - CONTINUAR USO DE MAREVAN 5MG/DIA - FISIOTERAPIA MOTORA	
--	--

Fortaleza, 15 de Janeiro de 2018.

Investprev Seguradora S/A.

04 DEZ. 2018



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00687-4

CONTA: 000000015973-5

Nr. Autenticação

BRADESCO0907201905000000000023700687000000015973337500 PAGO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 547994817

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848.5

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi calculada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

### DADOS DO CLIENTE

Rota 23 036051 19 066000

Medidor

Posto

Nome MARIA DE FATIMA BARBOSA COSTA

1603592

0000 0000

Endereço Postal

Esta é a segunda via de  
**NOV/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**2572036** DV **8**

**05/01/2019**

**75,66**

End. da Unidade

FZ CACIMBA DA PEDRA 09999 CAJAZEIRAS MADALENA 63860000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ

481.121.193-68

CGF

Classe

B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP

4102

3943

1

159

0

159

### DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

Prev. Próxima  
Leitura

05/11/2018

05/12/2018

### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7E30.0715.57AD.0B7C.5DD5.96D6.A5F4.4FCF

### ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

ISENTO

### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	33,80
TRANSMISSÃO	3,60
DISTRIBUIÇÃO	5,18
ENCARGOS SETORIAIS	3,85
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	3,85

### ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunta

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMTC (h)	0,00			0,00		

### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

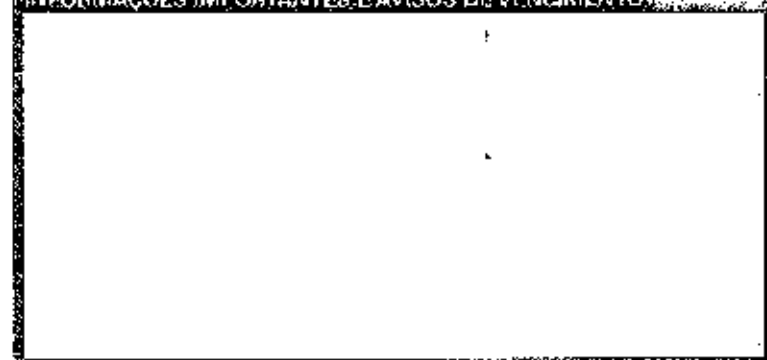


### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

2572036-8

Nº da Nota Fiscal: 547994817

Total a Pagar (R\$): 75,66

Data de Emissão:

02/12/2018

Referência: NOV/2018

Nº de Controle: 0002572036 00194 4327 2 20

8386000000-0 75660031000-0 00025720360-5 01944327263-9



04 DEZ. 2018

Investprev Seguradora S/A



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO  
A Santa Casa de Caridade  
Praça Frei Aurélio, 1357 - Centro - Tele/Fax: (85) 3343-2110  
Canindé - Ceará



DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAMENTOS	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
04/12/2018	Alto Dieta Zero S.C. 5x 500ml S. Penicilina Lactam 5000 Dipirona 1 Ana 2x	Investprev Seguradora S/A 19 JUN 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28	As 20:00 h, cliente optou por esta unidade hospitalar para tratamento cirúrgico por "lesão extensa em nariz + Orelha". O mesmo sorredor Orientado, com PA=140/190 mmHg, T=36.7°C. segue para O.C. para realização das Logos. Jovens das 333 435
04/12/2018	Alto Dieta Zero S.C. 5x 500ml S. Penicilina Lactam 5000 Dipirona 1 Ana 2x	Investprev Seguradora S/A 19 JUN 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28	As 20:10 h, cliente segue emitada no C.C. p/ submeter-se a uma intervenção cirúrgica: Reconstituição da Drelha + Reconstituição nasal. Anest. Dr. Alex. Luiz, Dr. Raym. José. Anestesia As 20:30 h, cliente recebe medicamento e orientado PA=110/60 mmHg P=86 bpm SPO2 97% rpm 22



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Secretário Dr. José Frota

## RECEITUÁRIO

Paciente: \_\_\_\_\_

BE / Prontuário: \_\_\_\_\_

Ata de Exame

Ata de Exame que Francisco José de  
Sousa Costa foi submetido ao  
exame de 20/12/17 - exame de  
exatidão, sem os riscos, para com  
exatidão exatidão.

Apresenta boa evolução, com  
maneira independente.

Ata de Exame  
Cil M500

Investprev Seguradora S/A

19 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Márcio C. Parahyba  
Neurologia - Cirurgia de Coluna  
CRM 4624

Data: 30/08/18

Ass./Carimbo do Médico

Investprev Seguradora S/A.

04 DEZ. 2018



GOVERNO MUNICIPAL DE  
**ITATIRA**  
"Nossa cidade cresce com você!"



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITATIRA  
Secretaria Municipal de Saúde

## FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três 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.

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

**NADALENA**

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome: **FRANCISCO JOSE DE SOUZA COSTA**

Pront. Nº: \_\_\_\_\_

**25/10/18**

Sexo: M ☐ F ☐ Data De Nascimento: **20/08/1965** Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: **Perda da coluna de moto e foi ejetado. Está com dor em região lombar e cervical. Queixa de dor nos braços na coluna torácica**

Resultado de Exames: **e EEG 30 e 52+73% em 2a ambiente.**

Conduta já Realizada: **Estabilização coluna cervical + torácica + fisioterapia +**

Impressão Diagnóstica: **TCE**

Investprev Seguradora S/A

**Dr. Alexandre**  
19.047

**19 JUN 2019**

**08/12/17**

Data

Hora

**AGENDAMENTO**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Encaminhamento para atendimento: \_\_\_\_\_

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Alta: \_\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Proposta de Consulta para Segmento: \_\_\_\_\_

Investprev Seguradora S/A

**04 DEZ. 2018**

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

o motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



SOL 14420023326

Data da Impressão : 9/12/2017 19:10:3

## Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : SUS AMBULATORIO

GUIA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :

ANAA

Usuário do Atendimento :

MARCUSA

Nome : FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

Paciente : 89544

Atendimento

1307902

Nome da Mãe : MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 10/08/1965

Idade: 52 Anos / 3 Meses / 29 Dias

Endereço : CACIMBA DA PEDRA

Bairro : ZONA RURAL

CEP : 63860000

Cidade : MADALENA

Telefone :

Dados do Atendimento

Prestador Médico : ANTONIO JEAN SANTOS NOUR

Data : 09/12/2017

Hora : 19:04:30

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço : CIRURGIA GERAL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: 2002005000910

Queixas :

T: 34,5°C PA: 90x60 mmHg

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : ( ) Sim ( ) Não A que?

Sat: 98% F: 77 Bpm

Anamnese :

PRV Vst. AC de M... / CAPACETE DO RO...  
+ PAINA DA FACO. C/ LACONATO NAL G DO, PAV. AN...  
610, TCB C/ F... 19 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

BG: 12

Exame Físico:

Insuflar A/T... 500ml FACO

Jean Nour  
CREMEC 14476  
19/06/2017

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

Hipótese Diagnóstica :

LACONATO NAL

Cód. COD 10 :

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## Procedimento

☐ Imagem :☐ Laboratório :☐ Outros :

## Medicação

Investpro Seguradora S/A

Carimbo/Assinatura  
Enfermagem/COREN

04 DEZ. 2010



# HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22  
Telefone: (085) 3343-2110 - Fax: (085) 3343-1788 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO • 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE • MUNICÍPIO: CANINDÉ

NOME: Fco José da Costa Costa PRONTUÁRIO Nº: 25 10 18  
SEXO: M ☐ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 / TELEFONE: 25 10 18  
END.: BAIRRO: CIDADE:

### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Ver. de Ac. o Novo S/CAPACETE, RESULTA  
DO TCO C/ FRAZDA NA REG FRONTAL

### RESULTADO DO(S) EXAME(S):

BG-12

### CONDUTA JÁ REALIZADA:

Investprev Seguradora S/A

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TCE CID: 09.12.17  
19 JUN 2019

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE Nº REGISTRO CNPJ: 42.366.302/0001-28 DATA HORA

### AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐  
PROCEDIMENTO: ANAL FRONTAL PROFISSIONAL: FRANCA  
UNIDADE DE REFERÊNCIA: DATA: / / HORA:

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(\*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: MUNICÍPIO: PRONTUÁRIO Nº: ALTA: / /

### RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

### RESULTADO DO(S) EXAME(S):

### DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL

SECUNDÁRIO 1: SECUNDÁRIO 2: CID: CID: CID:

### PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐



# Laudo para solicitação de autorização de internação

540

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	2527413
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	2527413



## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA	89544			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
898000405449854	10/08/1965	X	99 - Sem Informação	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA	8834363272			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
CACIMBA DA PEDRA, 0 - ZONA RURAL	230763	CE	63860000	
16 - Município				
MADALENA				

25/198

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - Condições que justificam a internação
PRV VST. AC. DO MOTO, 3/CAPACETE, DO ROLIMETRA TRAUMA DA FACE C/ LACERAÇÃO NASAL E DO PR. ANTERIOR ESO C/ FRACTURA DA T.C.B. C/ FRACTURA DA REG. FRONTAL	
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código
	Investprev Seguradora S/A 19 JUN 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28
24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Associadas	
VIALONCA NASAL E ORBITA. S013	

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
Reconstr. da ORBITA + Reconstr. NASAL	0413040119		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		(X) CNS ( ) CPF	880016297462971
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
ANTONIO JEAN SANTOS NOUR	09/12/2017	Jean Nour REMEC 14476 014476	

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

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (A.H.)
AURELIO PARENTE BARBOSA	1230280001	
49 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado	
(X) CNS ( ) CPF	201650652950007	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	

Investprev Seguradora S/A.

04 DEZ. 2018

Código do Laudo:

1307905





## Ficha de Atendimento INTERNACAO

## Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro:

ANAA

Paciente: 89544 CNS: 898000405449854 Idade: 52 Anos / 3 Meses / 29 Dias  
Nome do Paciente: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA Data Nascimento: 10/8/1965  
Sexo: MASCULINO Estado Civil: CASADO Religião:  
Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: QUIXERAMOBIM  
Endereço: CACIMBA DA PEDRA Número: 0  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: MADALENA  
CEP: 63860000 Telefone:  
Identidade: 2002005000910 CPF:  
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA  
Nome do Pai: JOSE NERI DA COSTA

## Dados do Responsável

Nome: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA Parentesco: MESMO(A) Fone:  
Endereço: CACIMBA DA PEDRA Número: 0  
Complemento: CEP: 63860000  
98001629746

## Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento:

MARCUSA

Número: 1307905 Investprev Seguradora S/A  
Data: 09/12/2017 Hora: 20:03:58  
Origem: INTERNACAO SUS 19 JUN 2019  
Unidade de Internação: POSTO 5 CNPJ: 42.366.302/0001-28  
Tipo: INTERNACAO CIRURGICA URG  
Leito: LEITO VIRTUAL - P5

Médico do Atendimento: 277 ANTONIO JEAN SANTOS NOUR  
Conselho: CRM-C-014476 Especialidade: CIRURGIA GERAL  
CNS: 980016297462971

Convênio: 1 SUS INTERNACAO Plano: SUS INTERNACAO  
Carteira: Guia: Dias Autorizados: Horas Autorizadas:  
Acomodação: ENFERMARIA

Setor: CIRURGIA GERAL

CID:

Procedimento principal:

Local de Procedência:

Observação:

Paciente/Responsável

Investprev Seguradora S/A  
ANTONIO JEAN SANTOS NOUR  
CRM-C-014476  
04 DEZ. 2016



## ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.668/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



## BOLETIM CIRÚRGICO

Cirurgia: Reconstituição da orelha + reconstituição nasal Data: 09/12/12  
 Paciente: Fuê José de Sousa Costa  
 Cirurgião: Dr. Jhon Leito: 805 Convênio: SUS  
 1º Auxiliar:  2º Auxiliar:  3º Auxiliar:   
 Início:  Fim:  Duração:   
 Anestesia: bocal Início: 20:10 Fim: 20:30 Duração:

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.	CONSIGNAÇÃO	QTD.
Adalat si	CAP		Azul de Metileno	ML		Botão p/ Crânio	10/10
Adnocard	AMP		Aguilha Descartável (40x12,25x7; 13x4)	UN	02	Cabeça Inter-Camãravel	
Adrenalina	AMP		Algodão Ortopédico	CM		Caneta p/ Bisturi	
Água Destilada 10ml	AMP		Aguilha Descartável Paridural	UN		Canula de Aorta p/ CEC	
Água Destilada 500ml	TB		Aguilha Descartável Raquí	UN		Cat. Balão p/ Embolotomia Art. Venosa	
Albumina Humana	FR		Abocath N°	UN		Catéter Arterial	
Alloferine	AMP		Aparelho p/ Tricotomia (desc)	UN		Catéter Intra-Venosa	
Amicacina	AMP		Alcool	ML		Cimento Ortopédico	
Aminofilina	AMP		Alcool Iodado	ML		Clipa p/ Aneurisma	
Ampicilina	AMP		Água Oxigenada	ML		Conj. p/ Hidrocefalia Baixo Perfil	
Antak	AMP		Asseptol	ML		Conj. Auto Transfusão	
Aramin	AMP		Atadura de Crepon (10cm; 15cm)	UN		Cotonóide	
Atlasil	AMP		Atadura de Crepon (20cm; 25cm)	UN		Contra Pino	
Atropina	AMP		Atadura Gessada (10cm; 15cm)	UN		Dreno p/ Sucção (Ponta de Aspirador)	
Bicarbonato de Sódio	AMP		Atadura Gessada (20cm; 25cm)	UN		Dreno p/ Sucção	
Bucopan	AMP		Algodão	GR		Enxerto Art. de PTEE (por cm)	
Catalan Sup	UN		Bolsa p/ Colostomia	UN		Enxerto Art. Tubular Inorgânica Bifurcada	
Cedilanide	AMP		Cal Sodado	GR		Exerto But. Tubular Inorgânico	
Cefazolina	AMP		Café	UN		Endapath - Trocater (10mm)	
Cefamandol	AMP		Cafon	CM		Filtro Linha Arterial	
Celestone	AMP		Cera de Osso	UN		Filtro p/ Cardioplegia	
Claforan	AMP		Cidex	ML		Fio de Aço	
Clexane	AMP		Chumaca	UN		Fios de Kirschner	
Clorafenicol	AMP		Coletor Urina Sistema Fechado	UN		Fios de Steinmann	
Cloreto de Potássio	AMP		Coletor de Urina Aberto	UN		Fixador Dinâmico de Antebraço	
Cloreto de Sódio	AMP		Compressa Cirúrgica Média	UN	03	Fixador Dinâmico de Fêmur	
Cloridrato de Naloxona	AMP		Catéter p/ Oxigênio	UN		Fixador Dinâmico de Tibia	
Complexo B	AMP		Canula p/ Traqueostomia	UN		Fixador Dinâmico de Umero	
Decadron	AMP		Cânula p/ Traqueostomia	UN		Ganchos	
Diacoron	AMP		Dreno de Keor	UN		Grampos de Baur	
Dilmorf	AMP		Dreno Penrose	UN		Haste de Harrington	
Dipirona	AMP		Espandrapo	CM	50	Haste de Luck	
Dipirona Supositório	UN		Eletrodo Descartável (Conj.)	UN		Haste Femoral	
Diprivan	AMP		Equipo p/ Bomba de Infusão	UN		Hemoconcentrador	
Diprospar	AMP		Equipo p/ Infusão	UN		Hemostática Tipo Surgical	
Dubotrex	AMP		Equipo p/ Transfusão	UN		Kit Canulas	
Dopamina	AMP		Equipo p/ Microgotas	UN		Liga Clip	
Dormonid	AMP		Equipo Bureta	UN		Oxigenador de Bolhas	
Droperidol	AMP		Equipo Fotossensível	UN		Oxigenador de Membrana	
Efertil	AMP		Equipo p/ PVC	UN		Parafuso Corticais	
Ergotrate	AMP		Éter	ML		Parafuso Esponjosos	
Esmeron	AMP		Fita Cardíaca	ENV		Patch Inorgânico (por cm - Bovino)	
Ethamolin	AMP		Formol	ML		Parafusos Maleolar	
Etrane	ML		Fibrase	GR		Patch Inorgânico (por cm - Dracon)	
Fentanil 05 ml	AMP		Fio Cat Gut Simples	ENV		Pino	
Fentanil 10 ml	AMP		Fio Cat Gut Cromado S/G	ENV		Pino Deslizante	
Flagyl 500 mg	FR		Fio Cat Gut Cromado C/G	ENV		Placa Angular	
Flaxedil	AMP		Fio Cat Gut Cromado	ENV		Placa DCP pequenos fragmentos	
Forene	ML		Fio Cat Gut Cromado Lapado	ENV		Placa DCP grandes fragmentos	
Fortaz	AMP		Fio Monicion	ENV		Placa de Richard	
Fraxiparina 0,3 ml	AMP		Fio Algodão S/G	ENV		Placa Tubular	
Fraxiparina 0,6 ml	AMP		Fio Algodão C/G	ENV		Placa p/ Bisturi	01
Furadil	GR		Fio Mononylon	ENV	02	Prótese Bipolar	
Garamidina (40,80 mg)	AMP		Fio Protele Cardíaco 7.0	ENV		Prótese Valvular Mecânica de Baixo Perfil	
Garosone	GR		Fio Protele	ENV		Prótese Valvular Biológica	
Glicose (25%, 50%)	AMP		Fio Seda	ENV		Reservatório Cardioplegia	
Gluconato de Cálcio	AMP		Fio Viciyl	ENV		Reservatório Cardioplegia	
Haemacel	FR		Fio Maxon	ENV		Salto p/ Gesso	
Halotano	ML		Fio Valvokit	ENV		Serra de Gigli	
Heparina	AMP		Fio Ethibond	ENV		Sistema p/ Drenagem Mediastinal	
Hicantol	AMP		Gilete	UN		Sistema p/ Drenagem Torácica	
Hypaque	AMP		Gelfoan	UN		Solução Cardioplegia de Indução	
Hypnamidade	AMP		Gase Alcochoada	UN		Solução Cardioplegia de Manutenção	
Inoval	AMP		Gomo Descartável e Touca	UN	03	Tela de Marlex	
Ipsilon	AMP		Gase	UN		Válvula p/ Hidrocefalia	
Irucol	GR		Intracath	UN			

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.		UNID.	QTD.
Isordil	AMP		Lâmina de Bisturi	UN	01			
Kanoklon	AMP		Luvas	PAR	03			
Keflin 1g	AMP		Letex	UN				
Ketalar	AMP		Microport	CM				
Lanexate	AMP		Malha Tubular 8 cm	CM				
Lastix	AMP		Malha Tubular 12 cm	CM				
Liquemline	AMP		Malha Tubular 20 cm	CM				
Losec	AMP		Máscara Descartável	UN	06			
Mantol 20%	TB		Pasta p/ ECG	GR				
Marcalina 0,5% c/a	AMP		Perfusor	UN				
Marcalina 0,5% s/a	AMP		PVPI Degemente	ML	50			
Marcalina Pesada	AMP		PVPI Tópico	ML	50			
Mefoxlin	AMP		PVPI Tintura	ML				
Metergin	AMP		Polifix	UN				
Narcan	AMP		Propés Descartável	UN	12			
Naropin	AMP		Rolos Dentais	UN				
Nipride	AMP		Seringa Descartável 1 ml	UN				
Noctropil	AMP		Seringa Descartável 3 ml	UN				
Novalgina Supositório	UN		Seringa Descartável 5 ml	UN				
Novamin 500mg	AMP		Seringa Descartável 10 ml	UN				
Nubain	AMP		Seringa Descartável 20 ml	UN	01			
Omnipaque	AMP		Sonda de Foley 2 vias N°	UN				
Orafin	AMP		Sonda de Foley 3 via N°	UN				
Oxacilina	AMP		Sonda N° 08	UN				
Oxigen	AMP		Sonda Uretral	UN				
Papaverina	AMP		Sonda Nasogástrica	UN				
Pavulon	AMP		Torneira Tree Way	UN				
Plamnet	AMP		Tubo Traqueal	UN				
Plasil	AMP		Tampão Vaginal	UN				
Profenid (IV)	AMP		Tampão Cardíaco	UN				
Propofol	AMP							
Prostigmina	AMP							
Protamina	AMP							
Quelicin	AMP							
Quemlocetina	AMP							
Rapifer	AMP							
Revivan	AMP							
Rilofina	AMP							
Rocellin	AMP							
Solu-medrol 125 mg	AMP							
Solu-medrol 500 mg	AMP							
Solcorief 100 mg	AMP							
Solucocef 500 mg	AMP							
Soro Fisiológico 250 ml	TB							
Soro Fisiológico 500 ml	TB							
Soro Frutose 500 ml	TB							
Soro Glicofisiológico	TB							
Soro Glicosado 250 ml	TB							
Soro Glicosado 500 ml	TB							
Soro Ringer c/ Lactado	TB							
Stypteron	AMP							
Sulfato de Magnésio	AMP							
Sulfenta	AMP							
Sylador	AMP							
Thionembutal	FR							
Tilatil	AMP							
Tracrium	AMP							
Tramal	AMP							
Transamin	AMP							
Tridil	AMP							
Trofodemin	GR							
Vallium	AMP							
Vaselina	GR							
Violeta de Ganciana	ML							
Vitamina C	AMP							
Voltaren 75 mg	AMP							
Xylocaina c/ Adrenalina	AMP							
Xylocaina Geléia	GR							
Xylocaina Pesada	AMP							
Xylocaina sem Adrenalina	AMP	01						
Xylocaina spray	ML							
Zofran	AMP							

# TAXAS

TAXA SALA PORTE

MONITOR Seguradora S/A

OXÍMETRO

BISTURI ELÉTRICO

ASPIRADOR

DEFIBRILADOR

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

SERVO MOTOR

SERRA ELÉTRICA F. GESSO

VÍDEO LAPAROSCOPIA

# SANGUE E HEMODERIVADOS

SANGUE TOTAL

CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS

PLASMA

CRIO

PLAQUETAS

JUSTIFICATIVA DO MONITOR

# GASES

QTD.

AR COMPRIMIDO

OXIGÊNIO

PROTÓXIDO

GÁS CARBÔNICO

# OBSERVAÇÕES:

CIRURGIÕES: Dr. Jean

ANESTESISTA: Dr. Alse

INSTRUMENTADORA: Onaíla

CIRCULANTE:

04 DEZ. 2010

Investprev Seguradora S/A

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.		UNID.	QTD.
Isordil	AMP		Lâmina de Bisturi	UN	03			
Kanoklon	AMP		Luvas	PAR	03			
Koffin 1g	AMP		Latex	UN				
Kalslar	AMP		Microporta	CM				
Lanexata	AMP		Malha Tubular 8 cm	CM				
Lasix	AMP		Malha Tubular 12 cm	CM				
Liquemine	AMP		Malha Tubular 20 cm	CM				
Losac	AMP		Máscara Descartável	UN	06			
Menitol 20%	TB		Pasta p/ ECG	GR				
Marcolina 0,5% c/a	AMP		Perfusor	UN				
Marcolina 0,5% s/a	AMP		PVPI Dogemante	ML	30			
Marcolina Pesada	AMP		PVPI Tópico	ML	30			
Mefoxin	AMP		PVPI Tintura	ML				
Moterglin	AMP		Polifix	UN				
Narcan	AMP		Propés Descartável	UN	12			
Naropin	AMP		Rolos Dentais	UN				
Nipride	AMP		Seringa Descartável 1 ml	UN				
Noctropil	AMP		Seringa Descartável 3 ml	UN				
Novalgine Supostório	UN		Seringa Descartável 5 ml	UN				
Novamin 500mg	AMP		Seringa Descartável 10 ml	UN				
Nubain	AMP		Seringa Descartável 20 ml	UN	01			
Omnipaque	AMP		Sonda de Foley 2 vias N°	UN				
Orastina	AMP		Sonda de Foley 3 vias N°	UN				
Oxacilina	AMP		Sonda N° 08	UN				
Oxigen	AMP		Sonda Uretral	UN				
Papaverina	AMP		Sonda Nasogástrica	UN				
Pavulan	AMP		Torneira Tree Way	UN				
Plamet	AMP		Tubo Traqueal	UN				
Plasil	AMP		Tampão Vaginal	UN				
Profanid (IV)	AMP		Tampão Cardíaco	UN				
Propranolol	AMP							
Prostigmine	AMP							
Protamina	AMP		TAXAS					
Quelion	AMP		TAXA SALA PORTE					
Quemacetina	AMP		MONITORIZ. Seguradora S/A					
Rapifer	AMP		OXÍMETRO					
Revivan	AMP		BISTURI ELÉTRICO					
Ritocina	AMP		ASPIRADOR					
Roceln	AMP		DESFIBRILADOR					
Solu-medrol 126 mg	AMP		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO					
Solu-medrol 500 mg	AMP		SERVIÇO DE 12.000.000/0001-28					
Soluortef 100 mg	AMP		SERRA ELÉTRICA F. GESSO					
Soluortef 500 mg	AMP		VIDEO LAPAROSCOPIA					
Soro Fisiológico 250 ml	TB							
Soro Fisiológico 500 ml	TB							
Soro Frutose 500 ml	TB							
Soro Glicofisológico	TB							
Soro Glicosado 250 ml	TB							
Soro Glicosado 500 ml	TB		SANGUE E HEMODERIVADOS					
Soro Ringer c/ Lactado	TB		SANGUE TOTAL					
Styptanon	AMP		CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS					
Sulfato de Magnésio	AMP		PLAMA					
Sulfenta	AMP		CRIO					
Sylador	AMP		PLAQUETAS					
Thionembutal	FR		JUSTIFICATIVA DO MONITOR					
Tilatil	AMP							
Tracrufum	AMP							
Tramel	AMP							
Transamin	AMP							
Thidil	AMP							
Trofodermin	GR							
Valium	AMP							
Vaselina	GR		GASES		QTD.			
Violeta de Genciana	ML		AR COMPRIMIDO					
Vitamina C	AMP		OXIGÊNIO					
Voltaren 75 mg	AMP		PROTÓXIDO					
Xylocaina c/ Adrenalina	AMP		GÁS CARBÔNICO					
Xylocaina Geléia	GR							
Xylocaina Pesada	AMP	01						
Xylocaina sem Adrenalina	AMP							
Xylocaina spray	ML							
Zofran	AMP							

## OBSERVAÇÕES:

CIRURGIÕES:

Dr. Jram

ANESTESISTA:

Dr. Alse

INSTRUMENTADORA:

Omarilia

CIRCULANTE:

04 DEZ. 2010

Investprev Seguradora S/A.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



## LAUDO DE CIRURGIA

Paciente	F <sup>co</sup> JOSE de Sousa Costa	Prontuário	
Data da Cirurgia	09/12/17	Enfermaria	
		Leito	25 10/18
Diagnóstico Pré-Operatório:			
Cirurgia Proposta:			
Cirurgia Realizada:	① RECONSTRUÇÃO DA ORELHA ② NA NASAL		
Diagnóstico Pós-Operatório:	① LACERACÃO TRAUMÁTICA DA ORELHA E/O ② LACERACÃO NASAL		
Cirurgião:	DR. Jhon		
1º Auxiliar:	Investprev Seguradora S/A		
2º Auxiliar:			
3º Auxiliar:	19 JUN 2019		
Anestesista:	DR. Alex	CNPJ: 42.366.302/0001-28	
Circulante:			
Instrumentador:	Maécia		
Tipo de Anestesia:	local		

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

① ASISOPSIA / ANTISISOPSIA:

ABORDAGEM DE LACERACÃO DO PAU. AURICULAR E/O  
REGULARIZANDO-A.

PLASTIA C/ NYLON 4-0

DR. JOÃO HENRIQUE  
CRM 53.576

② ASISOPSIA / ANTISISOPSIA:

REGULARIZAÇÃO DE LACERACÃO NASAL

RECONSTRUÇÃO C/ VECAL 4-0 E

NYLON 4-0

Investprev Seguradora S/A.

04 DEZ 2017  
DR. JOÃO HENRIQUE  
CRM 53.576

SUTURA DE FENDA NA REG. FRONTAL C/  
NYLON 4-0

DR. JOÃO HENRIQUE  
CRM 53.576



# ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



## BOLETIM DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:

F<sup>uo</sup> José de Sousa Costa

IDADE:

52 anos

TIPO SANGÜÍNEO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

TIPO DE ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

20:10

TÉRMINO:

20:30

DURAÇÃO:

CIRURGIÃO:

CRM

1º AUXILIAR:

CRM

2º AUXILIAR:

CRM

ANESTESISTA:

Investprev Seguradora S/A

CRM

### MEDICAMENTO ANESTÉSICO DROGAS E INFUSÕES.

19 JUN 2019

SANGUE:

KETALAR:

ADRENALINA:

PLASMA

FLAVARD 42.366.302/0001-28

AMINOFILINA:

S. GLICO FISIOLÓGICO

DOLANTINA:

FENERGAN:

RINGER LACT:

ATROPINA:

ERGOTRATE:

S. FISIOL:

PROSTIGMINE:

ETRANE:

S. GLICOSADO:

VÁLIUM 10:

HALOTANO:

THIONEMBUTAL:

PLASIL:

OXIGÊNIO:

INOVAL

FLEBOCORTID:

XILOCAÍNA 5%:

FENTANIL:

EFORTIL:

MARCAÍNA 0,5%:

SOLUÇÃO DE MANITOL

LIDOCAÍNA 2%:

XILOCAÍNA FRASCO AMP

DORMONID

PAVULON

QUELICIN

ORASTINA

MAGNOPIROL

DIMORF

VOLTAREN

TAGAMET

GENTAMICINA

CLORANFENICOL

AMPICILINA

BICARB. DE SÓDIO

LASIX

CLORETO DE POTÁSSIO

GARDENAL

SULFATO DE MAGNÉSIO

TRANSAM

VIT K

TROFODERMIN

FURACIN

CICATRENE

OUTROS

PROFENID

TILATIL

OBSERVAÇÕES:

Investprev Seguradora S/A

Martinho Janssens de Carvalho  
Médico - CRM 1889  
CPF: 037.324.114-72

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

CANINDÉ, 09 DE Dezembro DE 2017  
04 DEZ. 2017

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ**

**Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ**

**Praça Frel Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará**

**CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22**

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: sbsfe@fortalnet.com.br



NOME: <u>João José de Sousa Neto</u>	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
--------------------------------------	---------------	------	-------

NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO, CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
09/12	<p><del>PRO</del> <del>INVESTPREV</del> <del>Seguradora S/A</del></p> <p>Letr. do Ac. do Novo            S/ Contrato que Remeteu            a Nota da Fatura / Licença            do Pav. Avaria de 19            R\$ 11.000,00 na            R\$ Fatura B TCB.</p> <p>3. Realizar as Reconstruções            e Montar TCB.</p> <p><del>PRO</del> no Pós-Orçamento            BG = 12, TRANSFIRIR            P/ Hosp. JARDIM</p>	<p>25.018</p> <p>DR. JOSH HOUT            CREMEC 14476</p> <p>DR. JOSH HOUT            CREMEC 14476</p>

ÔBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

COISA VALIA EM TODO O TERREO NACIONAL

REGISTRO 2002005000910 DATA 3/1/2002

FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

JOSE NERI DA COSTA E MARIA DO C

ARMO DE SOUSA COSTA

NATURALIDADE QUIXERAMOBIM-CE DATA DE NASCIMENTO 10/8/1985

DOC DE GRAM. CERT. CARAM. 5043 D. B/10 F

289 MADALENA/CE ID. ANT. 84465784

LEI Nº 11.126 DE 2006

ESTADO DO CEARÁ


SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

E DEFESA DO CIDADÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

 **Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**  
**371.784.823-20**

**Nome**  
**FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA**

**Nascimento**  
**10/08/1985**

Investprev Seguradora S/A

19 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Investprev Seguradora S/A.

04 DEZ. 2010



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE Nº 014139845623  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PFT 01 936439840 0000000000 2018

FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA  
MADALENA /CE

37178482320 HYD6985/CE

PLACA ANT / UF 9CZKCOB10BR03B597

PAS/MOTOCICLO/VAO APLIC BASOLINA

HONDA/CC 350 TITAN K8 2007 2008

2P/149CC PARTIC PRETA

1 COITA UNICA VENQ. COITA UNICA VENQ. COITAS  
V PAUCA LIVRA PARCELAMENTO / COITAS 22%  
A PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65 0.70 185.50 06/06/2018

MADALENA LOCAL DATA 19/06/2018

Investprev Seguradora S/A  
19 JUN 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

REGISTRO OBRIGATORIO DE DANOS FISCALIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE E OU POR SUA CARGA, A PESSOA  
TRANSFIRIADAS DO PAIS - SEGURO DPVAT

CENP 014139845623 BILHETE DE SEGURO DPVAT

37178482320 HYD6985/CE

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
WWW.SEGURADORALIBER.COM.BR  
SAO DPVAT 0800 022 1204

014139845623 88064981715

01 37178482320 DATA EMISSAO 2018 06/06/2018

PLACA 37178482320 HYD6985

REUNIVAM MARCA / MODELO HONDA/CC 150 TITAN K

2007 PART 9CZKCOB10BR03B597

PRÊMIO TARIFÁRIO  
R\$ (R\$) 81.29 9.03 98.33  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 0.70 185.50

COITA UNICA PAGAMENTO 06/06/2018

SEGUROADORA LIBER - DPVAT

NOTOR: K008E1908B597 05948



04 DEZ. 2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190389183 **Cidade:** Madalena **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO CERVICAL COM ESTREITAMENTO DE C3-C4 E C4-C5

**Descrição do exame físico:** MARCHA ENCURTADA E ARRASTADA, DIPARESIA LEVE DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, BLOQUEIO DE FLEXO-EXTENSÃO, ROTAÇÃO E LATERALIZAÇÃO DO PESCOÇO.

**Resultados terapêuticos:** ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C3-C5 COM CORPECTOMIA DE C4. EVOLUIU COM TVP BILATERAL. FEITO MAREVAN. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM JUNHO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve dos membros superiores.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade dos membros superiores. NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA OPTADO POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ SUSTENTAÇÃO TÉCNICA PARA AMPLIAR O DANO DOS MEMBROS SUPERIORES PARA OS MEMBROS INFERIORES E PARA REGIÃO CERVICAL.

## 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 ambos os membros superiores	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190389183

**Nome do(a) Examinado(a):** FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

**Endereço do(a) Examinado(a):** FZ CACIMBA DA PEDRA, 999 -  
MADALENA/CE - CEP 63860-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 2002005000910 - SSP -  
03/01/2002

**Data e Local do Acidente :** 09/12/2017 - MADALENA - CE

**Data e Local do Exame :** 02/07/2019 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA,  
1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

**Resultado da Avaliação Médica**

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

TRAUMA CINTUSO CERVICAL COM ESTREITAMENTO DE C3-C4 E C4-C5

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

ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C3-C5 COM CORPECTOMIA DE C4.  
EVOLUIU COM TVP BILATERAL. FEITO MAREVAN. FEZ FISIOTERAPIA.  
ALTA DEFINITIVA EM JUNHO DE 2019.

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

MARCHA ENCURTADA E ARRASTADA, DIPARESIA LEVE DE MEMBROS  
SUPERIORES E INFERIORES, BLOQUEIO DE FLEXO-EXTENSÃO,  
ROTAÇÃO E LATERALIZAÇÃO DO PESCOÇO.

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

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

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

SEQUELA FUNCIONAL LEVE DE AMBOS OS MEMBROS SUPERIORES  
EDE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES PELA PERDA PARCIAL DA  
MOBILIDADE ATIVA, PELA PERDA PARCIAL DO TÔNUS E DO TROFISMO.  
SEQUELA GRAVE DE COLUNA CERVICAL PELA PERDA DA MOBILIDADE.

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

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

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal

AMBOS OS MEMBROS INFERIORES

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

Região Corporal

AMBOS OS MEMBROS SUPERIORES

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

Região Corporal

SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA  
VERTEBRAL

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

Região Corporal

\_\_\_\_\_

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
- Médico - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190389183 **Cidade:** Madalena **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO CERVICAL COM ESTREITAMENTO DE C3-C4 E C4-C5

**Descrição do exame físico:** MARCHA ENCURTADA E ARRASTADA, DIPARESIA LEVE DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, BLOQUEIO DE FLEXO-EXTENSÃO, ROTAÇÃO E LATERALIZAÇÃO DO PESCOÇO.

**Resultados terapêuticos:** ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C3-C5 COM CORPECTOMIA DE C4. EVOLUIU COM TVP BILATERAL. FEITO MAREVAN. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM JUNHO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve dos membros superiores.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade dos membros superiores. NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA OPTADO POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ SUSTENTAÇÃO TÉCNICA PARA AMPLIAR O DANO DOS MEMBROS SUPERIORES PARA OS MEMBROS INFERIORES E PARA REGIÃO CERVICAL.

**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 ambos os membros superiores	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190389183 **Cidade:** Madalena **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 27/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIÃO CERVICAL  
TRAUMA TORÁCICO  
LACERAÇÃO TRAUMÁTICA DA ORELHA ESQUERDA.  
LACERAÇÃO NASAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.11,12)- REGULARIZAÇÃO- PLASTIA- PAVILHÃO AURICULAR ESQUERDO.  
REGULARIZAÇÃO DA LACERAÇÃO NASAL.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190389183 **Cidade:** Madalena **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 27/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIÃO CERVICAL  
TRAUMA TORÁCICO  
LACERAÇÃO TRAUMÁTICA DA ORELHA ESQUERDA.  
LACERAÇÃO NASAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.11,12)- REGULARIZAÇÃO- PLASTIA- PAVILHÃO AURICULAR ESQUERDO.  
REGULARIZAÇÃO DA LACERAÇÃO NASAL.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209036/19

**Vítima:** FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

**CPF:** 371.784.823-20

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 09/12/2017

**Titular do CPF:** FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA : 371.784.823-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 19/06/2019  
Nome: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA  
CPF: 371.784.823-20

FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2019  
Nome: Camila Feitosa Pedrosa  
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa