

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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. 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno 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



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").

19 JUN 2019
EN 142-006-020001-28

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	371.784.823-20	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
Barro CAJAZEIRAS	Cidade MADALENA	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 Lider – 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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
BANCO BRADESCO	
AGÊNCIA NRO.	D/V
0687	4
CONTA NRO.	D/V
15.973	5

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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 Souza 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 N° 493 - 329 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Flávia Carolina Fonseca*

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLAVIA CAROLINA MONTEIRO FONSECA - MAT.: 30120264

Flávia Carolina Fonseca - 19/06/2018

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 N° 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 JOSE DE SOUSA COSTA**
Nascimento: **10/08/1965** CPF: **371.784.823-20**
RG: **2002005000910** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
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**

Investprev Seguradora S/A
CEP: **63.860-000**
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 324980-82 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 fazendo 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.//////

Investprev Seguradora S/A.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MADALENA

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
Barro CAJAZEIRAS	Cidade MADALENA	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 Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado. 19 JUN 2019			

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	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome



Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota

Rua Barão do Rio Branco 1816

Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

Sexo: M Internação: 12/12/2017 Alta Neurocirúrgica: 15/01/2018

Diagnóstico: CANAL ESTREITO CERVICAL C3-C4 E C4-C5

**Prontuário: ASIA D ATOODESE CERVICAL ANTERIOR C3-C5 E CORPECTOMIA DE C4
5540891**

Investprev Seguradora S/A

Evolução Clínica:

Paciente, 52 anos, vítima de acidente de moto no dia 09/12/17. Admitido no IUF com diparesia braquial. TC de crânio na 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 arthrodeses 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.

10/12/17 2019
ONP 0.42.356.302/0001-28

Resultado de Exames:

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

Hoje:

PACIENTE EVOLUINDO BEM, COM MELHORA PROGRESSIVA DO DEFICIT, JÁ INICIOU DEAMBULAÇÃO. (INICIALMENTE ASIA C COM DIPARESIA MAIOR EM MMSS E DIFICULDADE PARA CONTROLE DE ESENTER).

Orientações:

- Alta da neurocirurgia, ALTA HOSPITALAR.
- RETORNO AMBULATORIAL COM DR. MARCIO PARAHYBA EM 1 mês.
- RETORNO AMBULATÓRIAL 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

BRADESCO09072019050000000002370068700000015973337500 PAGO



Esta é a segunda via de
NOV/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	
2572036	8
VENCIMENTO	
05/01/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
75,66	

DESCRICAÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo falso 0-30 kWh

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

158 0,41297 66,66

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/	Prev. Proximidade
Aproximação	Leratura
05/11/2018	05/12/2018

OUTROS PAGAMENTOS

DOAÇÃO HOSP BATISTA - TEL 85 3194 7710
ADITONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 7,43)

10,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7E30.0715.57AD.067C.5005.9606.A5F4.4FCF

ICMS	Base de Calculo (R\$)	Aliquota	Investprev Seguradora S/A
ISENTO			

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

19 JUN 2019

ENERGIA	33,80
TRANSMISSÃO	3,60
DISTRIBUIÇÃO	2,24
ENCARGOS SETORIAIS	5,16
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COPIS)	3,85

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

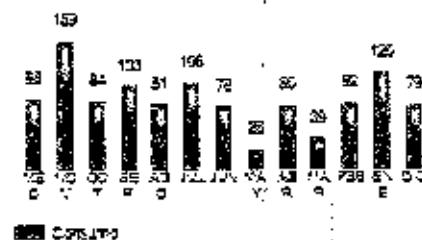
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês SET/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)



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

83860000000-0 75660031000-0 00025720360-5 01944327263-9



04 DEZ. 2018

HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Tel/Fax: (85) 3343-2110
Canindé - Ceará



NOME Jao Jose de Souza Costa

LEITO

DATA	PRESCRIÇÃO	MÉDICA	HORÁRIO MEDICAMENTOS	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
01/07/2019	Dr. J. S. Costa	Investprev Seguradora S/A	00:00 h. Olho direito opaco. Vida: nexo lúcidão vegetativa. Pona, trufamento. Olhos: deprimidos. Abdo: distensa, seu nervos t. + ondulante. O humor. Sono profundo.	00:00 h. Olho direito opaco. Vida: nexo lúcidão vegetativa. Pona, trufamento. Olhos: deprimidos. Abdo: distensa, seu nervos t. + ondulante. O humor. Sono profundo.	
19 JUN 2019			19:00 h. Temperatura: 36,7°C. Pressão: 120/80 mmHg. P. C. P. 90/60 mmHg. F. C. 80 bat/min. F. R. 20 respir/min. S. I. 33-435	19:00 h. Temperatura: 36,7°C. Pressão: 120/80 mmHg. P. C. P. 90/60 mmHg. F. C. 80 bat/min. F. R. 20 respir/min. S. I. 33-435	
			01/07/2019 Dr. J. S. Costa	01/07/2019 Dr. J. S. Costa	
			04 DEZ. 2019 Dr. J. S. Costa	04 DEZ. 2019 Dr. J. S. Costa	
			Investprev Seguradora S/A.	Investprev Seguradora S/A.	

RECEITUÁRIO

Paciente: _____
BE / Prontuário: _____

Assunto

Este que Francisco José de
Souza Costa foi submetido em
dezembro de 2017 a esportimento
escolar, em 02 episódios, para com
estreita cervical.

Apresentou dor cervical, dor
nas articulações independentes

Ato de pratica
Cid 4500

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

Márcio C. Pachepha
Neurologista - Clínica da Coluna
CRM 1401

Data: 30/08/18

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
► Rua Barão do Rio Branco, 1818 - Centro - CEP 60.025-061 - Fortaleza, Ceará
(85) 3256-5000.

Investprev Seguradora S/A.

04 DEZ. 2018



GOVERNO MUNICIPAL DE
ITATIRA
Município com mais saúde



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 Saúde.

Unidade de Origem: MADALENA

Distrito Sanitário: Município:

Nome: Francisco José de Souza Gootz Pront. N°: 251016
Sexo: M F Data De Nascimento: 10/08/1926 Ocupação:
Endereço: Bairro: Tel:

Motivo do Encaminhamento: Pct caiu de moto e foi arremessado.
Está com corte na região frontal e cervical.
Queixa de forte dor na coluna torácica
Resultado de Exames: o ERG 30 e sat 73% em ambiente.

Conduta já Realizada: Extratrizão coluna cervical + torácica + hialurônico +
62

Impressão Diagnóstica: <u>TCE</u>	Investprev Seguradora S/A
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: <u>19.647</u>	19 JUN 2019
	09 / 02 / 17
	Data
	Hora

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Auxílio Diagnóstico <input type="checkbox"/>
Procedimento: <u> </u> Profissional: <u> </u>
Unidade de Referência: <u> </u> Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Hora: <u> </u>

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: <u> </u>
Município: <u> </u> Prontuário N°: <u> </u> Alta: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal: CID:

Secundário 1: CID:

Secundário 2: CID:

Investprev Seguradora S/A

Proposta de Consulta para Segmento:

04 DEZ. 2010

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praca 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@forta.net.com.br



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

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

NOME: Fco José da Costa Costa PRONTUÁRIO N° 25 1018

SEXO: M F DATA DE NASCIMENTO 1.1.1 TELEFONE:

END.: BAIRRO: CIDADE: Canindé

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

P/ Ver. se Ac. o Hóro S/ Capítulo, Resultado do TCO c/ Fratura na Reg. Frontal.

RESULTADO DO(S) EXAME(S): BG-12

CONDUTA JÁ REALIZADA:

Investprev Seguradora S/A

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TCO

CID

19 JUN 2019

09.42.17

DATA

HORA

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE NO REGISTRO

CNPJ: 42.366.302/0001-28

RENE

JOAQUIM

RENE



Laudo para solicitação de autorização de internação

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 Prenome			
FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA		89544			
7 - Cartão Nacional do SUS		8 - Data de Nascimento		9 - Sexo	
898000405449854		10/08/1965		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
11 - Nome da Mãe		10 - Raça Cor		11 - Etnia	
MARIA DO CARMO DE SOUSA COSTA		99 - Sem Informação		0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável		12 - Telefone de Contato		14 - Telefone de Contato	
FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA				8834363272	
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)		17 - IBGE		18 - UI	
CACIMBA DA PEDRA, 0 - ZONA RURAL		230763		19 - CEP	
16 - Município		CE		63860000	
MADALENA					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
<p style="text-align: center;"> <i>PE VST. Ac. de Moto, B/CAPACOTE, OU RONCAR TRAUMA DA FACE c/ LACERAÇÃO NASAL e DO P. A. AUSCULTAMO TCO c/ RONCO na Reg. Frontal</i> </p>					
<p>20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos</p> <p><i>CRVAGIA</i></p>					
<p>21 - Condições que justificam a Internação</p> <p><i>19 JUN 2019</i></p>					
<p>22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas</p> <p><i>TALONCÃO NASAL e ORNHA. 5013</i></p>					
<p>23 - Diagnóstico Inicial / Código</p> <p><i>CNPJ: 42.366.302/0001-28</i></p>					
<p>27 - Descrição do Procedimento Solicitado</p> <p><i>RECONV. ORNHA + RECONV. NASAL</i></p>					
<p>28 - Código do Procedimento</p> <p><i>0413040119</i></p>					
<p>29 - Especialidade</p> <p><i>30 - Caráter de Atendimento</i></p>					
<p><i>31 - Documento</i></p> <p><i>(X) CNS () CPF</i></p>					
<p>32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente</p> <p><i>980016297462971</i></p>					
<p>33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente</p> <p><i>ANTONIO JEAN SANTOS NOUR</i></p>					
<p>34 - Data da Solicitação</p> <p><i>09/12/2017</i></p>					
<p>35 - Assinatura e Cetimbro (Nº de Registro no Conselho)</p> <p><i>014476</i></p>					
<p>36 - Documento</p> <p><i>REMEC 007</i></p>					
<p>37 - Documento</p> <p><i>014476</i></p>					
<p>38 - Documento</p> <p><i>014476</i></p>					
<p>39 - Documento</p> <p><i>014476</i></p>					
<p>40 - Documento</p> <p><i>014476</i></p>					
<p>41 - Documento</p> <p><i>014476</i></p>					
<p>42 - Documento</p> <p><i>014476</i></p>					
<p>43 - Documento</p> <p><i>014476</i></p>					
<p>44 - Documento</p> <p><i>014476</i></p>					
<p>45 - Vínculo com a Previdência</p>					
<p><input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado</p>					
<p style="text-align: center;">AUTORIZAÇÃO</p>					
<p>46 - Nome do Profissional Autorizado</p> <p><i>AURELIO PARENTE BARBOSA</i></p>					
<p>47 - Código Órgão Emissor</p> <p><i>M230280001</i></p>					
<p>48 - Documento</p> <p><i>201560652950007</i></p>					
<p>49 - Documento</p> <p><i>201560652950007</i></p>					
<p>50 - Data da Autorização</p> <p><i>04 DEZ. 2018</i></p>					
<p>51 - Assinatura e Cetimbro (Nº Registro do Conselho)</p> <p><i>Investprev Seguradora S/A.</i></p>					
<p>52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (A.H.)</p>					
<p>53 - Documento</p>					
<p>54 - Documento</p>					
<p>55 - Documento</p>					
<p>56 - Documento</p>					
<p>57 - Documento</p>					
<p>58 - Documento</p>					
<p>59 - Documento</p>					
<p>60 - Documento</p>					
<p>61 - Documento</p>					
<p>62 - Documento</p>					
<p>63 - Documento</p>					
<p>64 - Documento</p>					
<p>65 - Documento</p>					
<p>66 - Documento</p>					
<p>67 - Documento</p>					
<p>68 - Documento</p>					
<p>69 - Documento</p>					
<p>70 - Documento</p>					
<p>71 - Documento</p>					
<p>72 - Documento</p>					
<p>73 - Documento</p>					
<p>74 - Documento</p>					
<p>75 - Documento</p>					
<p>76 - Documento</p>					
<p>77 - Documento</p>					
<p>78 - Documento</p>					
<p>79 - Documento</p>					
<p>80 - Documento</p>					
<p>81 - Documento</p>					
<p>82 - Documento</p>					
<p>83 - Documento</p>					
<p>84 - Documento</p>					
<p>85 - Documento</p>					
<p>86 - Documento</p>					
<p>87 - Documento</p>					
<p>88 - Documento</p>					
<p>89 - Documento</p>					
<p>90 - Documento</p>					
<p>91 - Documento</p>					
<p>92 - Documento</p>					
<p>93 - Documento</p>					
<p>94 - Documento</p>					
<p>95 - Documento</p>					
<p>96 - Documento</p>					
<p>97 - Documento</p>					
<p>98 - Documento</p>					
<p>99 - Documento</p>					
<p>100 - Documento</p>					
<p>101 - Documento</p>					
<p>102 - Documento</p>					
<p>103 - Documento</p>					
<p>104 - Documento</p>					
<p>105 - Documento</p>					
<p>106 - Documento</p>					
<p>107 - Documento</p>					
<p>108 - Documento</p>					
<p>109 - Documento</p>					
<p>110 - Documento</p>					
<p>111 - Documento</p>					
<p>112 - Documento</p>					
<p>113 - Documento</p>					
<p>114 - Documento</p>					
<p>115 - Documento</p>					
<p>116 - Documento</p>					
<p>117 - Documento</p>					
<p>118 - Documento</p>					
<p>119 - Documento</p>					
<p>120 - Documento</p>					
<p>121 - Documento</p>					
<p>122 - Documento</p>					
<p>123 - Documento</p>					
<p>124 - Documento</p>					
<p>125 - Documento</p>					
<p>126 - Documento</p>					
<p>127 - Documento</p>					
<p>128 - Documento</p>					
<p>129 - Documento</p>					
<p>130 - Documento</p>					
<p>131 - Documento</p>					
<p>132 - Documento</p>					
<p>133 - Documento</p>					
<p>134 - Documento</p>					
<p>135 - Documento</p>					
<p>136 - Documento</p>					
<p>137 - Documento</p>					
<p>138 - Documento</p>					
<p>139 - Documento</p>					
<p>140 - Documento</p>					
<p>141 - Documento</p>					
<p>142 - Documento</p>					
<p>143 - Documento</p>					
<p>144 - Documento</p>					
<p>145 - Documento</p>					
<p>146 - Documento</p>					
<p>147 - Documento</p>					
<p>148 - Documento</p>					
<p>149 - Documento</p>					
<p>150 - Documento</p>					
<p>151 - Documento</p>					
<p>152 - Documento</p>					
<p>153 - Documento</p>					
<p>154 - Documento</p>					
<p>155 - Documento</p>					
<p>156 - Documento</p>					
<p>157 - Documento</p>					
<p>158 - Documento</p>					
<p>159 - Documento</p>					
<p>160 - Documento</p>					
<p>161 - Documento</p>					
<p>162 - Documento</p>					
<p>163 - Documento</p>					
<p>164 - Documento</p>					
<p>165 - Documento</p>					
<p>166 - Documento</p>					
<p>167 - Documento</p>					
<p>168 - Documento</p>					
<p>169 - Documento</p>					
<p>170 - Documento</p>					
<p>171 - Documento</p>					
<p>172 - Documento</p>					
<p>173 - Documento</p>					
<p>174 - Documento</p>					
<p>175 - Documento</p>					
<p>176 - Documento</p>					
<p>177 - Documento</p>					
<p>178 - Documento</p>					
<p>179 - Documento</p>					
<p>180 - Documento</p>					
<p>181 - Documento</p>					
<p>182 - Documento</p>					
<p>183 - Documento</p>					
<p>184 - Documento</p>					
<p>185 - Documento</p>					
<p>186 - Documento</p>					
<p>187 - Documento</p>					
<p>188 - Documento</p>					
<p>189 - Documento</p>					
<p>190 - Documento</p>					
<p>191 - Documento</p>					
<p>192 - Documento</p>					
<p>193 - Documento</p>					
<p>194 - Documento</p>					
<p>195 - Documento</p>					
<p>196 - Documento</p>					
<p>197 - Documento</p>					
<p>198 - Documento</p>					
<p>199 - Documento</p>					
<p>200 - Documento</p>					
<p>201 - Documento</p>					
<p>202 - Documento</p>					
<p>203 - Documento</p>					
<p>204 - Documento</p>					
<p>205 - Documento</p>					
<p>206 - Documento</p>					
<p>207 - Documento</p>					
<p>208 - Documento</p>					
<p>209 - Documento</p>					
<p>210 - Documento</p>					
<p>211 - Documento</p>					
<p>212 - Documento</p>					
<p>213 - Documento</p>					
<p>214 - Documento</p>					
<p>215 - Documento</p>					
<p>216 - Documento</p>					
<p>217 - Documento</p>					
<p>218 - Documento</p>					
<p>219 - Documento</p>					
<p>220 - Documento</p>					
<p>221 - Documento</p>					
<p>222 - Documento</p>					
<p>223 - Documento</p>					
<p>224 - Documento</p>					
<p>225 - Documento</p>					
<p>226 - Documento</p>					
<p>227 - Documento</p>					
<p>228 - Documento</p>					
<p>229 - Documento</p>					
<p>230 - Documento</p>					
<p>231 - Documento</p>					
<p>232 - Documento</p>					
<p>233 - Documento</p>					
<p>234 - Documento</p>					
<p>235 - Documento</p>					
<p>236 - Documento</p>					
<p>237 - Documento</p>					
<p>238 - Documento</p>					
<p>239 - Documento</p>					
<p>240 - Documento</p>					
<p>241 - Documento</p>					
<p>242 - Documento</p>					
<p>243 - Documento</p>					
<p>244 - Documento</p>					
<p>245 - Documento</p>					
<p>246 - Documento</p>					
<p>247 - Documento</p>					
<p>248 - Documento</p>					
<p>249 - Documento</p>					
<p>250 - Documento</p>					
<p>251 - Documento</p>					
<p>252 - Documento</p>					
<p>253 - Documento</p>					
<p>254 - Documento</p>					
<p>255 - Documento</p>					
<p>256 - Documento</p>					
<p>257 - Documento</p>					
<p>258 - Documento</p>					
<p>259 - Documento</p>					
<p>260 - Documento</p>					
<p>261 - Documento</p>					
<p>262 - Documento</p>					
<p>263 - Documento</p>					
<p>264 - Documento</p>					
<p>265 - Documento</p>					
<p>266 - Documento</p>					
<p>267 - Documento</p>					
<p>268 - Documento</p>					
<p>269 - Documento</p>					
<p>270 - Documento</p>					
<p>271 - Documento</p>					
<p>272 - Documento</p>					
<p>273 - Documento</p>					
<p>274 - Documento</p>					
<p>275 - Documento</p>					
<p>276 - Documento</p>					
<p>277 - Documento</p>					
<p>278 - Documento</p>					
<p>279 - Documento</p>					
<p>280 - Documento</p>					
<p>281 - Documento</p>					
<p>282 - Documento</p>					
<p>283 - Documento</p>					
<p>284 - Documento</p>					
<p>285 - Documento</p>					
<p>286 - Documento</p>					
<p>287 - Documento</p>					
<p>288 - Documento</p>					
<p>289 - Documento</p>					
<p>290 - Documento</p>					
<p>291 - Documento</p>					
<p>292 - Documento</p>					
<p>293 - Documento</p>					
<p>294 - Documento</p>					
<p>295 - Documento</p>					
<p>296 - Documento</p>					
<p>297 - Documento</p>					
<p>298 - Documento</p>					
<p>299 - Documento</p>					
<p>300 - Documento</p>					
<p>301 - Documento</p>					
<p>302 - Documento</p>					
<p>303 - Documento</p>					
<p>304 - Documento</p>					
<p>305 - Documento</p>					
<p>306 - Documento</p>					
<p>307 - Documento</p>					
<p>308 - Documento</p>					
<p>309 - Documento</p>					
<p>310 - Documento</p>					
<p>311 - Documento</p>					
<p>312 - Documento</p>					
<p>313 - Documento</p>					
<p>314 - Documento</p>					
<p>315 - Documento</p>					
<p>316 - Documento</p>					
<p>317 - Documento</p>					
<p>318 - Documento</p>					
<p>319 - Documento</p>					
<p>320 - Documento</p>					
<p>321 - Documento</p>					
<p>322 - Documento</p>					
<p>323 - Documento</p>					
<p>324 - Documento</p>					
<p>325 - Documento</p>					
<p>326 - Documento</p>					
<p>327 - Documento</p>					
<p>328 - Documento</p>					
<p>329 - Documento</p>					
<p>330 - Documento</p>					
<p>331 - Documento</p>					
<p>332 - Documento</p>					
<p>333 - Documento</p>					
<p>334 - Documento</p>					
<p>335 - Documento</p>					
<p>336 - Documento</p>					
<p>337 - Documento</p>					
<p>338 - Documento</p>					
<p>339 - Documento</p>					
<p>340 - Documento</p>					
<p>341 - Documento</p>					
<p>342 - Documento</p>					
<p>343 - Documento</p>					
<p>344 - Documento</p>					
<p>345 - Documento</p>					
<p>346 - Documento</p>					
<p>347 - Documento</p>					
<p>348 - Documento</p>					
<p>349 - Documento</p>					
<p>350 - Documento</p>					
<p>351 - Documento</p>					
<p>352 - Documento</p>					
<p>353 - Documento</p>					
<p>354 - Documento</p>					
<p>355 - Documento</p>					
<p>356 - Documento</p>					
<p>357 - Documento</p>					
<p>358 - Documento</p>					
<p>359 - Documento</p>					
<p>360 - Documento</p>					
<p>361 - Documento</p>					
<p>362 - Documento</p>					
<p>363 - Documento</p>					
<p>364 - Documento</p>					
<p>365 - Documento</p>					
<p>366 - Documento</p>					
<p>367 - Documento</p>					
<p>368 - Documento</p>					
<p>369 - Documento</p>					
<p>370 - Documento</p>					
<p>371 - Documento</p>					
<p>372 - Documento</p>					
<p>373 - Documento</p>					
<p>374 - Documento</p>					
<p>375 - Documento</p>					
<p>376 - Documento</p>					
<p>377 - Documento</p>					
<p>378 - Documento</p>					
<p>379 - Documento</p>					
<p>380 - Documento</p>					
<p>381 - Documento</p>					
<p>382 - Documento</p>					
<p>383 - Documento</p>					
<p>384 - Documento</p>					
<p>385 - Documento</p>					
<p>386 - Documento</p>					
<p>387 - Documento</p>					
<p>388 - Documento</p>					
<p>389 - Documento</p>					
<p>390 - Documento</p>					
<p>391 - Documento</p>					
<p>392 - Documento</p>					
<p>393 - Documento</p>					
<p>394 - Documento</p>					
<p>395 - Documento</p>					
<p>396 - Documento</p>					
<p>397 - Documento</p>					
<p>398 - Documento</p>					
<p>399 - Documento</p>					
<p>400 - Documento</p>					
<p>401 - Documento</p>					
<p>402 - Documento</p>					
<p>403 - Documento</p>					
<p>404 - Documento</p>					
<p>405 - Documento</p>					
<p>406 - Documento</p>					
<p>407 - Documento</p>					
<p>408 - Documento</p>					
<p>409 - Documento</p>					
<p>410 - Documento</p>					
<p>411 - Documento</p>					
<p>412 - Documento</p>					
<p>413 - Documento</p>					
<p>414 - Documento</p>					



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 : *25/10/16*
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

Usuário do Atendimento : MARCUSA

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

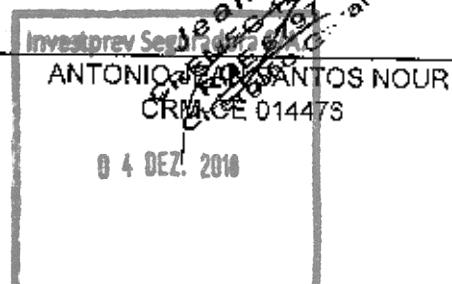
Médico do Atendimento : 277 ANTONIO JEAN SANTOS NOUR
Conselho: CRM-C-014476 Especialidade : CIRURGIA GERAL CNS : 980016297462971

Convenio : 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



**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ**

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.568/0001-22

Telefone: (085) 3343-2111 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: sfsc@fortunet.com.br

**BOLETIM CIRÚRGICO**

Cirurgia: Reconstituição da orelha + Reconstrução facial Data: 09/12/12
Paciente: Faz 300g de soscas Costa
Cirurgião: Dr. Thom Leito: 2 Convênio: SMS
1º Auxiliar: 2º Auxiliar: 3º Auxiliar:
Início: 16:00 Fim: 20:30 Duração: 4h 30m
Anestesia: local Início: 20:10 Fim: 20:30 Duração: 20m

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.	CONSIGNAÇÃO
Adalat 10	CAP	1	Azul de Metileno	ML	1	Botão p/ Crânio
Adnocard	AMP	1	Aguilha Descartável (40x12,25x7/13x4)	UN	02	Cabeça Inter-Camorável
Adrenalina	AMP	1	Algodão Ortopédico	CM	1	Caneta p/ Bisturi
Água Destilada 10ml	AMP	1	Aguilha Descartável Páridural	UN	1	Canula de Aorta p/ CEC
Água Destilada 500ml	TB	1	Aguilha Descartável Raquel	UN	1	Cat. Balão p/ Embolização Art. Venosa
Albumina Humana	FR	1	Abocath N°	UN	1	Catéter Arterial
Alfaterina	AMP	1	Aparelho p/ Tricotomy (desc)	UN	1	Catéter Intra-Venoso
Amicacina	AMP	1	Álcool	ML	1	Cimento Ortopédico
Aminofilina	AMP	1	Álcool Iodado	ML	1	Clips p/ Aneurisma
Ampicilina	AMP	1	Água Oxigenada	ML	1	Cont. p/ Hidrocefalia Baixo Perfil
Antek	AMP	1	Assoalho	ML	1	Conj. Auto Transfusão
Aramin	AMP	1	Atadura de Crepon (10cm; 15cm)	UN	1	Cotonóide
Atansil	AMP	1	Atadura de Crepon (20cm; 25cm)	UN	1	Contra Pino
Atropina	AMP	1	Atadura Gessada (10cm; 15cm)	UN	1	Dreno p/ Sucção (Ponta da Apirador)
Bicarbonato de Sódio	AMP	1	Atadura Gessada (20cm; 25cm)	UN	1	Dreno p/ Sucção
Bucopan	AMP	1	Algodão	GR	1	Enxerto Art. do PTEE (por cm)
Cataflan Sup	UN	1	Bolsa p/ Colostomia	UN	1	Enxerto Art. Tubular Inorgânico Bifurcado
Cedilanide	AMP	1	Col Sodado	GR	1	Exerto Bif. Tubular Inorgânico
Cefazolina	AMP	1	Compressa Cirúrgica	UN	1	Endopath - Trocater (1dm)
Cefamoxin	AMP	1	Coton	CM	1	Filtro Linha Arterial
Celestone	AMP	1	Cera de Ossos	UN	1	Filtro p/ Cardiopatia
Claforan	AMP	1	Cidex 19 JUN 2019	ML	1	Fio de Aço
Clexane	AMP	1	Chumaga	UN	1	Fios de Kischner
Clorafenicol	AMP	1	Coletor Urina Sistema Fechado	UN	1	Fios de Steinmann
Cloreto de Potássio	AMP	1	Coletor Urina Vazio	UN	1	Fixador Dinâmico de Antebraço
Cloreto de Sódio	AMP	1	Compressa Cirúrgica Pernera	UN	1	Fixador Dinâmico de Pernur
Cloridrato de Nalorfina	AMP	1	Compressa Cirúrgica Média	UN	03	Fixador Dinâmico da Tibia
Complexo B	AMP	1	Catéter p/ Oxigênio	UN	1	Fixador Dinâmico de Úmero
Décadron	AMP	1	Cárvula p/ Traqueostomia	UN	1	Ganchos
Diaburon	AMP	1	Dreno de Kear	UN	1	Grampos de Baut
Dilmorf	AMP	1	Dreno Penrose	UN	1	Haste de Harrington
Dipirona	AMP	1	Eparadapô	CM	50	Haste de Luck
Dipirona Supositório	UN	1	Eletrado Descartável (Conj.)	UN	1	Haste Femoral
Diprivan	AMP	1	Equipa p/ Bomba de infusão	UN	1	Hemoconcentrador
Diprospan	AMP	1	Equipa p/ Infusão	UN	1	Hemostática Tipo Surgical
Dubotrex	AMP	1	Equipa p/ Transfusão	UN	1	Kit Canulas
Dopamina	AMP	1	Equipa p/ Micropontas	UN	1	Liga Clip
Dormonid	AMP	1	Equipa Bureta	UN	1	Oxigenador de Bolhas
Dropéridol	AMP	1	Equipa Fotossensível	UN	1	Oxigenador de Membrana
Efortil	AMP	1	Equipa p/ PVC	UN	1	Parafuso Corticais
Ergotrate	AMP	1	Éter	ML	1	Parafuso Esponjosos
Esmerton	AMP	1	Fita Cardíaca	ENV	1	Patch Inorgânico (por cm - Bovino)
Ethamolin	AMP	1	Formol	ML	1	Parafusos Maleolares
Etrane	ML	1	Fibrase	GR	1	Patch Inorgânico (por cm - Drenor)
Fentanil 05 ml	AMP	1	Fio Cat Gut Simples	ENV	1	Pino
Fentanil 10 ml	AMP	1	Fio Cat Gut Cromado SAG	ENV	1	Pino Deslizante
Flagyl 500 mg	FR	1	Fio Cat Gut Cromado QAG	ENV	1	Placa Angular
Flexedil	AMP	1	Fio Cat Gut Cromado	ENV	1	Placa DCP pequenos fragmentos
Forane	ML	1	Fio Cat Gut Cromado Lagedo	ENV	1	Placa DCP grandes fragmentos
Fortaz	AMP	1	Fio Monocron	ENV	1	Placa de Richard
Fraxiparina 0,3 ml	AMP	1	Fio Algodão SAG	ENV	1	Placa Tubular
Fraxiparina 0,6 ml	AMP	1	Fio Algodão QAG	ENV	1	Placa p/ Blastr
Furacid	GR	1	Fio Mononylon	ENV	1	Prótese Bipolar
Garamicina (40,80 mg)	AMP	1	Fio Prolene Cardíaco 7.0	ENV	1	Prótese Valvular Mecânica de Baixo Perfil
Garassone	GR	1	Fio Prolene	ENV	1	Prótese Valvular Biológica
Glicose (25%,50%)	AMP	1	Fio Seda	ENV	1	Reservatório Cardioléglia
Glucagonato de Cálcio	AMP	1	Fio Vicryl	ENV	1	Sistematice Cardiotomia
Haemacel	FR	1	Fio Maxon	ENV	1	Salto p/ Gesso
Helotano	ML	1	Fio Vylexkit	ENV	1	Serra de Gips
Heparina	AMP	1	Fio Ethibond	ENV	1	Sistema p/ Drinagem Mediastinal
Hidental	AMP	1	Gilete	UN	1	Sistema p/ Drinagem Torácica
Hypague	AMP	1	Gelfoam	UN	1	Sist. Cardioléglia de Indução
Hypnamicida	AMP	1	Gase Alcoholeada	UN	1	Solução Cardioléglia de Manutenção
Irraval	AMP	1	Goso Descartável e Touca	UN	08	Tela de Marlex
Ipsilon	AMP	1	Gase	UN	30	Válvula p/ Hidrocefalia
Irukol	GR	1	Intracath	UN	1	

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

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.		UNID.	QTD.
Isordil	AMP		Lâmina de Bisturi	UN	50			
Kaneklon	AMP		Luvas	PAR	50			
Kefitin 1g	AMP		Latex	UN				
Ketalar	AMP		Micropore	CM				
Lanexate	AMP		Malha Tubular 8 cm	CM				
Lasix	AMP		Malha Tubular 12 cm	CM				
Liquemine	AMP		Malha Tubular 20 cm	CM				
Lossec	AMP		Máscara Descartável	UN	06			
Mantol 20%	TB		Pasta p/ ECG	GR				
Marcaína 0,5% c/a	AMP		Perfuror	UN				
Marcaína 0,5% a/a	AMP		PVPI Degemente	ML	50			
Marcaína Pesada	AMP		PVPI Tópico	ML	50			
Mefoxin	AMP		PVPI Tintura	ML				
Metergin	AMP		Pollfix	UN				
Narcen	AMP		Propós Descartável	UN	12			
Naropin	AMP		Rolos Dentais	UN				
Nipride	AMP		Seringa Descartável 1 ml	UN				
Nootropil	AMP		Seringa Descartável 3 ml	UN				
Novalginha 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				
Oraestina	AMP		Sonda de Foley 3 vias N°	UN				
Oxacilina	AMP		Sonda N° 08	UN				
Oxigen	AMP		Sonda Uretral	UN				
Pepeverina	AMP		Sonda Nasogástrica	UN				
Pavulan	AMP		Torreia Tree Way	UN				
Platmet	AMP		Tubo Traqueal	UN				
Plasti	AMP		Tampão Vaginal	UN				
Profenid (IV)	AMP		Tampão Cardíaco	UN				
Propranolol	AMP							
Prostigmine	AMP							
Protamina	AMP		TAXAS					
Quisticin	AMP		TAXA SALA PORTE					
Quamicetina	AMP		MONITORES Seguradora S/A					
Rapifor	AMP		OXIMETRO					
Revivan	AMP		BISTURI ELÉTRICO					
Rifocina	AMP		ASPIRADOR					
Rocelin	AMP		DESFIBRILADOR					
Solu-medrol 125 mg	AMP		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO					
Solu-medrol 500 mg	AMP		SERRADELÉTRICO 12000001428					
Solcorlet 100 mg	AMP		SERRADELÉTRICO 12000001429					
Solu-cortef 500 mg	AMP		VÍDEO LAPAROSCOPIA					
Soro Fisiológico 250 ml	TB							
Soro Fisiológico 500 ml	TB							
Soro Frutose 500 ml	TB							
Soro Glicolaloligico	TB							
Soro Glicosado 250 ml	TB		SANGUE E HEMODERIVADOS					
Soro Glicosado 500 ml	TB		SANGUE TOTAL					
Soro Ringer c/ Lactado	TB		CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS					
Styptekton	AMP		PLAMA					
Sulfato de Magnésio	AMP		CRIÓ					
Sulfenta	AMP		PLAQUETAS					
Sylador	AMP		JUSTIFICATIVA DO MONITOR					
Thionambutol	FR							
Tilitil	AMP							
Tracrium	AMP							
Tramal	AMP							
Transamin	AMP							
Tridil	AMP							
Trofodemlin	GR							
Vallum	AMP							
Vaseline	GR		GASES		QTD.			
Violeta de Gericiana	ML		AR COMPRIMIDO					
Vitamina C	AMP		OXIGÉNIO					
Voltaren 75 mg	AMP		PROTÓXIDO					
Xylocalina c/ Adrenalina	AMP		GÁS CARBÔNICO					
Xylocalina Geléia	GR							
Xylocalina Pesada	AMP							
Xylocalina sem Adrenalina	AMP	01						
Xylocalina spray	ML							
Zofran	AMP							

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIÓES: Dr. J. Ram

ANESTESISTA:

Dr. Alce

INSTRUMENTADORA:

Onaília

CIRCULANTE:

04 DEZ. 2010

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.		UNID.	QTD.
Isordil	AMP		Lâmina de Bisturi	UN				
Kenoklon	AMP		Luvas	PAR				
Koflin 1g	AMP		Latex	UN				
Katalar	AMP		Microspatula	CM				
Lenoxate	AMP		Malha Tubular 8 cm	CM				
Levix	AMP		Malha Tubular 12 cm	CM				
Liquemine	AMP		Malha Tubular 20 cm	CM				
Losec	AMP		Máscara Descartável	UN	06			
Mentol 20%	TB		Peata p/ ECG	GR				
Marcaína 0,5% c/a	AMP		Perífuror	UN				
Marcaína 0,5% s/a	AMP		PVPI Doseamento	ML	50			
Marcaína Pesada	AMP		PVPI Tópico	ML	50			
Mefoxin	AMP		PVPI Tintura	ML				
Metergin	AMP		Pollíx	UN				
Narcen	AMP		Propás Descartável	UN	12			
Naropin	AMP		Rolos Dentais	UN				
Nipride	AMP		Seringa Descartável 1 ml	UN				
Nootropil	AMP		Seringa Descartável 3 ml	UN				
Novalgina Supositório	UN		Seringa Descartável 5 ml	UN				
Novamín 500mg	AMP		Seringa Descartável 10 ml	UN				
Nubain	AMP		Seringa Descartável 20 ml	UN	10			
Cimiplague	AMP		Sonda de Foley 2 vías N°	UN				
Orastina	AMP		Sonda de Foley 3 vías N°	UN				
Oxacilina	AMP		Sonda N° 08	UN				
Oxigen	AMP		Sonda Uretral	UN				
Papaverina	AMP		Sonda Nasogástrica	UN				
Pavulan	AMP		Tomeira Tree Wey	UN				
Plamet	AMP		Tubo Traqueal	UN				
Plaxil	AMP		Tampão Vaginal	UN				
Profenid (IV)	AMP		Tampão Cardíaco	UN				
Propranolol	AMP							
Próstigmine	AMP							
Protamina	AMP		TAXAS					
Qualidin	AMP		TAXA SALA PORXE					
Quemicatina	AMP		MONTEPREV Seguradora S/A					
Rapifer	AMP		OXIMETRO					
Revivan	AMP		BISTURI ELÉTRICO					
Ritocina	AMP		ASPIRADOR JUN 2019					
Rocelin	AMP		DESFIBRILADOR					
Solu-medrol 125 mg	AMP		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO					
Solu-medrol 500 mg	AMP		SERRA ELÉTRICA P/ GESSO					
Solocortef 100 mg	AMP		VIDEO LAPAROSCOPIA					
Solocortef 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		SANGUE E HEMODERIVADOS					
Soro Glicosado 500 ml	TB		SANGUE TOTAL					
Soro Ringer c/ Lactado	TB		CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS					
Styptanox	AMP		PLAMA					
Sulfato de Magnésio	AMP		CRIO					
Sulfata	AMP		PLAQUETAS					
Syledor	AMP		JUSTIFICATIVA DO MONITOR					
Thionembutal	FR							
Tiliti	AMP							
Tracrium	AMP							
Tremal	AMP							
Transamin	AMP							
Tridil	AMP							
Trofodermín	GR							
Valium	AMP							
Vaseline	GR		GAZES			QTD.		
Violeta de Genciana	ML		AR COMPRIMIDO					
Vitamina C	AMP		OXIGÉNIO					
Volatran 75 mg	AMP		PROTÓXIDO					
Xylocaine c/ Adrenalina	AMP		GÁS CARBÔNICO					
Xylocaine Geléia	GR							
Xylocaine Pesada	AMP	01						
Xylocaine sem Adrenalina	AMP	01						
Xylocaine spray	ML							
Zofran	AMP						Investprev Seguradora S/A	

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIÕES: Dr. Tran

ANESTESISTA: Dr. Alce

INSTRUMENTADORA: Omacilia

CIRCULANTE:

04 DEZ. 2010



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	Fco José de Souza Costa	Prontuário	
Data da Cirurgia	09/12/17	Enfermada	Leito
Diagnóstico Pré-Operatório:	1) RECONSTRUÇÃO DA ORELHA 2) LACRIMADAS NASAL		
Cirurgia Proposta:	1) LACRIMADAS NASAL 2) CACORRAGIA NASAL		
Cirurgião:	Dr. Jean		
1º Auxiliar:	Investprev Seguradora S/A		
2º Auxiliar:			
3º Auxiliar:	19 JUN 2019		
Anestesista:	Dr. Alex CNPJ: 42.366.302/0001-28		
Circulante:			
Instrumentador:	Quaelia		
Tipo de Anestesia:	Geral		
DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA			
<p>① ASSOPRA / ANTESSOPRA: ABORDAGEM AO LACRIMAS DO PAV. AURICULAR C/ REGULANIZANDO - A. PROTEÇÃO C/ NYLON 4-0</p>			
<p>② ASSOPRA / ANTESSOPRA: REGULANIZACAO AO LACRIMAS NASAL RECINTIGAÇAO C/ VISCAL 4-0 NYLON 4-0</p>			
<p>DATA DA FOLHA: 04 DEZ 2017 PACIENTE: JOSE DE SOUZA COSTA MÉDICO: DR. JEAN ANESTESIA: DR. ALEX CIRURGIA: DR. JEAN</p>			



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

25/10/18

NOME DO PACIENTE: JUO José de Souza Costa

IDADE: 52 ANOS

TIPO SANGUÍNEO: BAB

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

TIPO DE ANESTESIA: GA ANESTÉSICO: Propofol

INÍCIO: 20:10

TÉRMINO: 20:30

DURAÇÃO: 1 hora

CIRURGÃO: CRM

1º AUXILIAR: CRM

2º AUXILIAR: CRM

ANESTESISTA: Investprev Seguradora S/A CRM: CRM

MEDICAMENTO ANESTÉSICO DROGAS E INFUSÕES.

19 JUN 2019

SANGUE:	KETALAR:	ADRENALINA:
PLASMA:	FLAQUIL: <u>CNPJ 42.366.302/0001-28</u>	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:	MAGNOPENROL:	DIMORF:
VOLTAREN:	TAGAMET:	GENTAMICINA:
CLORANFENICOL:	AMPICILINA:	BICARB. DE SÓDIO:
LASIX:	CLORETO DE POTÁSSIO:	GARDENAL:
SULFATO DE MAGNÉSIO:	TRANSAMI:	VIT K:
TROFODERMIN:	FURACIN:	CICATRENE:
OUTROS:	PROFENID:	TIATIL:

OBSERVAÇÕES:

Investprev Seguradora S/A

Marcelo Júnior da Cunha
Médico - CRM: 1869
CPF: 037.324.644-00

CANINDÉ-CE 09 DE DEZ. 2018

04 DEZ. 2018

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

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

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

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

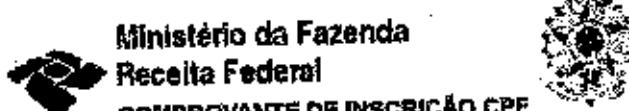
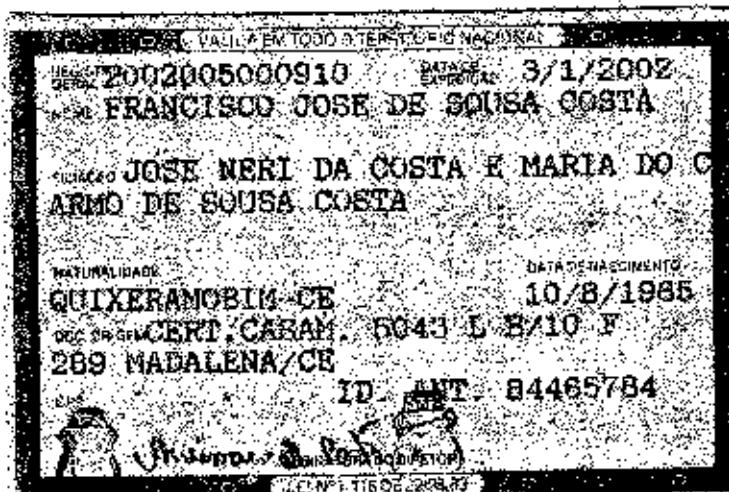
Telephone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1268 / E-mail: shsfe@forte.lnct.com.br



NOME: <u>João José de Souza Lobo</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
04/12/2010	<p>Preferencial no Ac. do Noro S/ CAPACETE O/ O ROMAR - TACMA DATA FASE S/ Licença 08 PM. ADRIANO BLO, DA RIO VASCO, RIO DE JANEIRO 08 FONAR S/ TCB.</p>	25.01.11
	<p>→ Processar as reclamações T. Monitorar TCB.</p>	DATA: 04/12/2010 CREDENCIAMENTO: 04/12/2010
	<p>Preferencial no Ac. do Noro S/ CAPACETE O/ O ROMAR 08 FONAR S/ TCB.</p>	DATA: 04/12/2010 CREDENCIAMENTO: 04/12/2010
	<p>Preferencial no Ac. do Noro S/ CAPACETE O/ O ROMAR 08 FONAR S/ TCB.</p>	DATA: 04/12/2010 CREDENCIAMENTO: 04/12/2010



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

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
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**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? [X] Sim [] Não**

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

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

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 ás regiões corporais acometidas.

- | | |
|---|---|
| Região Corporal | Região Corporal |
| AMBOS OS MEMBROS INFERIORES | AMBOS OS MEMBROS SUPERIORES |
| % do Dano () 10% residual (X) 25% leve | % do Dano () 10% residual (X) 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal | Região Corporal |
| SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL | |
| % do Dano () 10% residual () 25% leve | % do Dano () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo | () 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
- Maceió - 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2017

Titular do CPF: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA

Camila Feitosa Pedrosa