

Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.21.01861332-3** em **09/02/2021 09:27:45**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0204313-43.2021.8.06.0001
Protocolo : WEB1.21.01861332-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 09/02/2021 09:27:45

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2783082_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2783082_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-26.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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, 16 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200415333

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 03/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JAILTON DA SILVA GOMES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 07 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200415333 **Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES**

Data do Acidente: 03/07/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILTON DA SILVA GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JAILTON DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000004442

Conta: 0000059243-4

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,

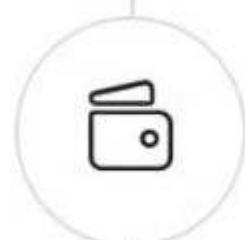
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



5
dias

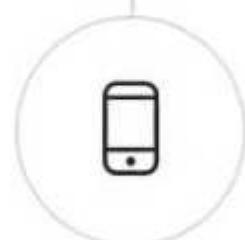
Em até 5 dias úteis você vai receber
uma resposta por e-mail e SMS.



Sua agência e conta:

agência conta
4442 59243-4

Importante: Sua conta está em
análise e vamos te avisar assim que
ela for aberta.



Acompanhe o andamento da sua
conta por aqui logando com seu CPF
e senha

[ir para o site do Itaú](#)





TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA JAILTON DA SILVA GOMES

INQUÉRITO Nº 113 - 382 / 2020

Aos 5 dia(s) do mês de Novembro de 2020, nesta cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, onde pela(s) 15:33 hora(s), presente achava-se **WILDER BRITO SOBREIRA**, Delegado(a), comigo **LEUMA MARIA SOBREIRA PEDROSA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JAILTON DA SILVA GOMES**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), ensino médio, vendedor, filho(a) de **LUCIO GOMES DA SILVA** e **ANTONIA MARIA DA SILVA**, nascido(a) em 26/11/1986, natural de Fortaleza/CE, CPF: 011.670.393-86, RG: 2001012038155 SSP/CE, residente à Rua do Tocantins, 1045 Apto 102, Jardim Guanabara Fortaleza/CE Brasil. Inquirido(a) pelo(a) Delegado(a), DISSE: QUE, comparece nesta delegacia para prestar declarações acerca dos fatos ora em apuração; QUE, afirma que no dia 03 de julho do ano em curso, por voltas das 22h30min, pilotava a motocicleta de placa HXM3595- FAN 125, 2006, com a sua esposa na garupa, na avenida Sargento Hermínio, no sentido ANTONIO BEZERRA-CENTRO; QUE, na altura do Polo de Lazer na referida avenida, o veículo de placas HYM1757, CORSA SEDAN, de cor cinza, que trafegava na mesma avenida no sentido contrário a do declarante, no sentido CENTRO-ANTONIO BEZERRA, fez uma ultrapassagem, saindo do sentido da via em que ele trafegava, entrando na contramão, batendo de frente na motocicleta do declarante; QUE, afirma que o motorista estava com o carro em luz alta e em alta velocidade; QUE, ao bater no declarante, ele entrou numa rua à esquerda e seguiu; QUE, com a colisão, o declarante, bem como sua esposa caíram ao solo e o motorista evadiu-se do local, porém alguns motoqueiros que presenciaram o fato seguiram o motorista, o qual foi alcançado lá na frente; QUE, poucos minutos depois do ocorrido, a viatura da polícia militar passou no local, onde os policiais foram informados sobre o que ocorreu e quando os policiais saíram para diligências no sentido de capturar o motorista, alguns rapazes foram de encontro à viatura e informaram aos policiais que o motorista já detido em frente a casa dele, do motorista; QUE, o SAMU foi acionado e após os primeiros atendimentos no local, o declarante, bem como a sua esposa foram socorridos para o IJF-CENTRO; QUE, o

Jailton
Jailton
DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL



INQUERITO Nº 113 - 382 / 2020

declarante sofreu fraturas dos dois pés, ficou internado uma semana no referido hospital, onde foi submetido a tratamento cirúrgico; QUE, afirma que familiares do declarante compareceram ao local e presenciaram o momento da prisão do infrator deste procedimento, o qual estava naquele momento visivelmente embriagado ;QUE, afirma que só hoje compareceu nesta delegacia para prestar declarações pois estava sem condições de vir; QUE, afirma que ainda encontra-se em tratamento e que não está totalmente recuperado; QUE, afirma que é autônomo e que está sem trabalhar desde quando aconteceu o fato e que está dependendo do auxílio emergencial do governo; QUE, o motorista não prestou socorro e que além de ter se evadido do local, não procurou o declarante em momento algum para saber como estava o estado de saúde do declarante e da sua esposa; QUE, em momento algum o autor prestou assistência ao declarante e nem a sua esposa; QUE, afirma que o declarante e a sua esposa tem 06 filhos menores e todos dependem do declarante e da sua esposa; QUE, o declarante mora de aluguel e encontra-se passando algumas necessidades haja vista não ter condições de trabalhar devido o seu estado de saúde, inclusive está com aluguel e algumas contas em atraso de pagamento; QUE, afirma o declarante que ainda está comprando muitos remédios e fisioterapias para a sua esposa, que foi submetida a tratamento cirúrgico também , pois ela sofreu fraturas exposta do fêmur tibial esquerdo e fratura exposta do planalto tibial esquerdo, joelho flutuante e tornozelo; QUE, hoje foi expedida uma Guia ao IML para o declarante realizar o Exame de Corpo de Delito.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou o(a) Delegado(a) encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **LEUMA MARIA SOBREIRA PEDROSA**, Escrivão(o) que o digitou.

Delegado(a):

Declarante:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL



INQUÉRITO Nº 113 - 382 / 2020

Escrivã(o) : J

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 011.670.393-86 4 - Nome completo da vítima: Jairton da Silva Gomes

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

5 - Nome completo: Jairton da Silva Gomes	6 - CPF: 011.670.393-86								
7 - Profissão: Professor	8 - Endereço: Rua 25 de Outubro	9 - Número: 1045	10 - Complemento: AP 303	11 - Bairro: Jardim das Acácias	12 - Cidade: Fortaleza	13 - Estado: CE	14 - CEP: 60340.110	15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (85) 98532-6041
9 - Número: 1045	10 - Complemento: AP 303								
11 - Bairro: Jardim das Acácias	12 - Cidade: Fortaleza	13 - Estado: CE	14 - CEP: 60340.110	15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (85) 98532-6041				
13 - Estado: CE	14 - CEP: 60340.110								
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (85) 98532-6041								

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos itábio: Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, 09/09/2018
Jairton da Silva Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

P-294288/2020

VIT. (1) 151 24

NOME: Dr. Guilherme da Silva Gomes

ENDERECO: Av. Sargento Henrique, 2311

REFERÊNCIA: Viz. a Delicia do Bairro

QUA: 23:10

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

QUA: 23:15

QUA: 23:45

QUA: 00:35

POLICIA: carre X moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO:

 RESPONSIVO TÍPICO/RESPONSIVO PERVÉS OBSTRUÍDAS

EXPANSÃO TORÁCICA

 PRESENTE
 AUSENTE

POR:

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

 PRESENTE
 AUSENTE

PADRÃO

RESPIRATÓRIO

 FUNDÍCIO TAQUIPNEICO BRAZIPE ALBINÍA/AUSENTE

INSPEÇÃO

 NORMAL
 ALTERADA:

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

 NORMAL
 ALTERADA:

AUSCULTA

 NORMAL
 ALTERADA:

PULSO

TRÍMOCARDÍCIO

TRIQUÍCÁRDICO

TRÍACÍCÁRDICO

LUXA:

 RADIAL

CHEIO

 FILOFORME IMPALPÁVEL

CORADA

 PÁUDA CIANÓTICA

PELE

 SUDOREICA SECA QUENTE FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

 ≤ 2 seg > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

 SIM NÃO

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

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA

 1 2 3

NIVEL:

5

ORIENTADO (A) / SORRI (P)

CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL

PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)

SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)

NENHUMA

OBEDECE A COMANDOS

LOCALEZA A DOR

MOVIMENTO DE RETIRADA

FLEXÃO ANORMAL

EXTENSÃO ANORMAL

NENHUMA

5

5

4

3

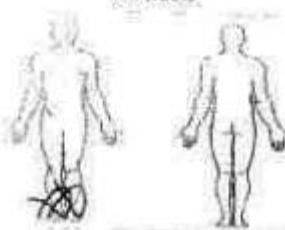
2

1

PUPILAS:

 NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ALTERADAS

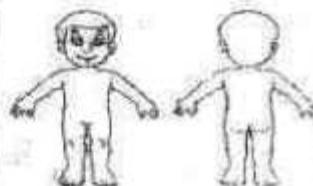
ADULTO



LESÕES

Edema e escoriações em MHII.

PEDIÁTRICO



SAMPLE

78 bpm

PA: 120x70 mmHg FR: -

GLIC: 74 mg/dL OXIM: 92% AA TEMP: -

Pct 33a, masculino, consciente, orientado, vítima de estupro carre X moto, apresentando edema em MHII e escoriações, relata ingestão de bebida alcoólica, neopax, xarope e sotololol, pntava esporádico no acidente. LTTU por Dr. Bianco que orientou internação para o IJF Centro. Tem intercorrências.

Lara Maria Araújo
COREN-CE 595.141-ENF



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a) **Jailton da Silva Gomes** - C.P.F. - 011.670.393-86, no dia **03/07/2020**, às **23h15min**, na **Avenida Sargento Herminio Sampaio**, no **Bairro São Gerardo**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo N° **P244288/2020**, provavelmente foi **Acidente de Trânsito**.

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

Documento requerido por meio do Processo n° **P244288/2020**.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Dia); Onde esclarecemos que a provável Data seja (03/07/2020).

Fortaleza, 11 de Setembro de 2020.

Atenciosamente,

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

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


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

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON DA SILVA GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04442

CONTA: 000000059243-4

Autenticação:

65A90A8FE1299687B19F796511D39CDD092CD66198F15B7F17E097BD60BBDA3A

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509138934558 Admissão: 03/07/2020 23:55
 Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
 Pront.: 5672201 Data Nasc.: 26/11/1986 Idade: 33 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) Tel.:
 Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: Municipio: FORTALEZA
 CEP 60340-110 Bairro: JARDIM IRACEMA
 Endereço: RUA RIO TOCANTINS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador ANDREA TOMÉ SOMBRA COREN:50801 Horário 03/07/2020 23:57
 Queixa: TRAZIDO PELO SAMU COLISÃO MOTO/CARRO APRESENTANDO EDEMA EM MMII (ESPOSA COM FRATURA DE FEMUR)

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/ EDEMA

Autoagressão: Não

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

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ROMERO PINTO DE OLIVEIRA BILHAR CRM: 10585 N°: 641902 Horário 04/07/2020 00:09
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOZELO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO COM EDEMA EM TNZ DIREITO E PE ESQUERDO E DORES EM MMII.

ALTA

Data: 07/07/2020 16:56

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
04/07/2020 01:07	ROMERO PINTO DE OLIVEIRA BILHAR	# TRAUMATOLOGIA # MASCULINO, 33 ANOS, RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 03/07/2020, FRATURA FECHADA DO TORNOZELO BILATERALMENTE + FRATURA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES EDEMA DOS MMII RELACIONADO AO TRAUMA PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS CONDUTA: INTERNAMENTO PARA CIRURGIA ELETIVA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

22 07 2020
51022,
IJF

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509138934558 **Admissão:** 03/07/2020 23:55
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
Pront.: 5672201 **Data Nasc.:** 26/11/1986 **Idade:** 33 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) **Tel.:**
Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Município:** FORTALEZA
CEP 60340-110 **Bairro:** JARDIM IRACEMA
Endereço: RUA RIO TOCANTINS

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

RECADO DE ATENDIMENTO
 PELO SISTEMA IJF
 DATA 22 / 07 / 2020
 MATRÍCULA 51022
 JAILTON DA SILVA GOMES

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

Nº. Emissão: M230440001

ORG / EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 08/2020

DATA: 18/07/2020

Nº. Ata: 232018261659-0 Situação: APROVADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 08/2020 Data de Emissão: 18/07/2020

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 003

Nº. autorizador: 121032051720001 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clin.: 210158059320008 Doc médico solicit: 206633842350003

CNS: 700509138934568

NºESI: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

Paciente: JAILTON DA SILVA GOMES Prontuário: 2456199 Laudo:

Data Nasc.: 26/11/1986 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc.

Responsável pac.: JAILTON DA SILVA GOMES Nome da Mae: ANTONIA MARIA DA SILVA

Endereço: TOCANTINS, 1045 - JARDIM IRACEMA Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60310-010 Telefone: (85) 4856-66158

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Muda Proc.: NÃO

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S828-FRATURA DE OUTRAS PARTES DA Perna Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM CICLISMO

Diag. complementar: Causa Óbito:

Caráter atendimento: 65 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 04/07/2020 Data saída: 08/07/2020 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

==| CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA) |=====

CNAE:

Vínculo com a previdência: CBO:

==| PROCEDIMENTOS REALIZADOS |=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1 04.08.05.057-8 206633842350003	1	225270	206633842350003	3969800		1 072020 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TIBIA
2 04.08.05.057-8 210157919150018	6	225151	210157919150018	3969800		1 072020 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TIBIA
3 07.02.03.083-0 09069959000158	0		09069959000158	3969800		1 072020 PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4 04.08.05.066-7 206633842350003	1	225270	206633842350003	3969800		1 072020 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA DA TIBIA
5 04.08.05.066-7 210157919150018	6	225151	210157919150018	3969800		1 072020 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA DA TIBIA
6 08.02.01.001-6	0		3969800	3969800		✓ 072020 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM HEMOGRAMA)
7 04.01.01.001-5 206633842350003	0	225270	206633842350003	3969800		✓ 072020 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.04.06.008-7 3969800	0		3969800	3969800		✓ 072020 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSO-FIB
9 02.02.02.038-0 6913326	0		6913326	3969800		1 072020 HEMOGRAMA COMPLETO
10 02.02.01.069-4 6913326	0		6913326	3969800		1 072020 DOSAGEM DE UREIA
11 02.02.01.031-7 6913326	0		6913326	3969800		1 072020 DOSAGEM DE CREATININA
12 02.02.01.063-5 6913326	0		6913326	3969800		1 072020 DOSAGEM DE SODIO
13 02.02.01.069-0 6913326	0		6913326	3969800		1 072020 DOSAGEM DE POTASSIO
14 02.02.03.029-2 6913326	0		6913326	3969800		1 072020 DOSAGEM DE PROTEINA C-REATIVA
15 02.02.02.013-4 6913326	0		6913326	3969800		1 072020 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
16 02.02.02.014-2 6913326	0		6913326	3969800		1 072020 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA FIBR

==| VALORES DA PRÉVIA |=====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar		+ Serviço Profissional				
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS			32,40	0,00	0,00	0,00	32,40
04.08.05 MEMBROS INFERIORES			681,12	0,00	0,00	0,00	681,12
07.02.03 DPM EM ORTOPEDIA			148,40	0,00	0,00	0,00	148,40
08.02.01 DIARIAS			32,00	0,00	0,00	0,00	32,00
Total Geral:	893,92	0,00	0,00	0,00	274,19	0,00	1.167,91

==| DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES |=====

Linha Nota Fiscal CNPJ Fornecedor Lote Série Registro ANVISA CNPJ Fabricante

3 36706

09.069.959/0001-58



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600133546

NÚMERO DA AIH: 2320102616590

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 700509138934558 - JAILTON DA SILVA GOMES

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 26/11/1986 - 33 anos

SEXO: MASCULINO

NOME DA MÃE: ANTONIA MARIA DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: RUA ALTO DAS PEDRINHAS, N° 413

BAIRRO: PARQUE GENIBAU

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

CEP: 60534460

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S930 - Luxação da articulação do tornozelo

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050497-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOCZEL

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016004175973 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 04/07/2020 - 11:31 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 06/07/2020 - 07:58

CAUSAS EXTERNAS

DESCRÍÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



INSTITUTO DR. JOSE 'FROTA'
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2 5 2 9 1 4 9
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JAILTON DA SILVA GOMES	6 - CNES: 5672201	PRONTUÁRIO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 700509138934558	8 - DATA NASCIMENTO: 26/11/1986 - 33 ano(s)	9 - SEXO ()M ()F
11 - NOME DA MÃE/PAI: ANTONIA MARIA DA SILVA		10 - RAÇA/COR:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I.		14 - ETNIA
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, N°, BAIRRO): RUA RIO TOCANTINS 1045 AORT 303 JARDIM IRACEMA		
16 - MUNICÍPIO: FORTALEZA	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE
19 - CEP: 5672201		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE TORNозELO**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÃO E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX: TORNозELO	24 - CID 10 S930	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	----------------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNозELO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050497
---	---

29 - CLÍNICA: TRAUMATO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGÊNCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - N° DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO 04/07/2020	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - N° DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
---	--	--------------------------	--

48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):
-------------------------------------	--	----------------------------------	---

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



Operação:
Acompanhar Solicitação de Internação

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

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

700509138934558 - JAILTON DA SILVA GOMES



NOME DA MÃE

ANTONIA MARIA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5672201

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

26/11/1986 - 33 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA ALTO DAS PEDRINHAS, N° 413

BAIRRO

PARQUE GENIBAU

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO - INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

12600133546

NÚMERO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044051 - FORTALEZA

DATA - HORA

04/07/2020 - 11:31

PROFISSIONAL

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOCOLO

PROCEDIMENTO REALIZADO

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

CLÍNICA COMPLEMENTAR

4 - URGÊNCIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

Justificativa da internação

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
202021002638	04/07/2020	16:23	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG AIH
ELETIVO				12600133546
Origem do Paciente			Clinica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO			4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO	
Procedimento Solicitado				Dias
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA				3

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome		Sexo		
JAILTON DA SILVA GOMES		MASCULINO		
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
26/11/1986	33 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)	NÃO INFORMADO
Mãe			Pai	
ANTONIA MARIA DA SILVA				
Conjuge		Responsável		Prontuário
CNS	Registro	ANTONIA MARIA DA SILVA		2456199
700509138934558	202002570002231	Documento Informado		
País		NÃO INFORMADO		
BRASIL		Município de Naturalidade		CEP
Município de Residência		FORTALEZA/CE		60340-010
FORTALEZA/CE			Logradouro	
Número	Complemento		RUA TOCANTINS	
1045			Bairro	
Fone Móvel	Fone Fixo		JARDIM IRACEMA	
(85)9856.66158		Ponto de Referência		

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / VENDEDOR DE COMÉRCIO VAREJISTA

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito	
ANTONIA	222/3	
Tipo de Acomodação	Clinica	Posto de Enfermagem
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria		Data: 04/07/2020 Hora: 16:32:52 Tempo: 00:08:54

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

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

FORTALEZA(CE), 04 de julho de 2020

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

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

=====
TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA
=====

===[INTERNAÇÃO]===
Número Data Hora Convênio/Plano
202021002638 04/07/2020 16:23 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S

Médico Solicitante
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078

Médico Responsável
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078

Procedimento Solicitado
0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

===[ACOMODAÇÃO]===
Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

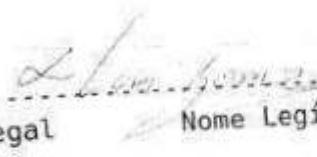
===[PACIENTE]===
Nome Sexo
JAILTON DA SILVA GOMES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
26/11/1986 33 Anos NÃO INFORMADO 2456199 202002570002231

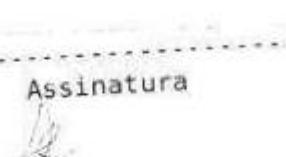
===[DADOS DA ALTA]===
Diagnóstico Principal
5930 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNozELO
Procedimento Realizado
0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU
Data Hora Motivo
08/07/2020 16:00 ALTA MELHORADO

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

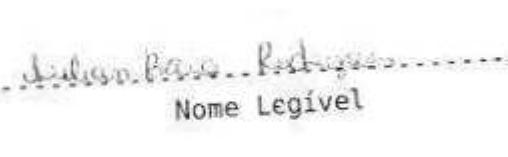
FORTALEZA(CE), 08 de julho de 2020

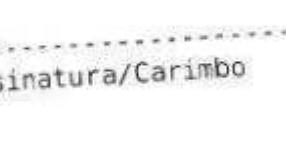
Responsável/
Representante Legal


Nome Legível


Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação


Nome Legível


Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: lilianbaia

Data: 08/07/2020 Hora: 16:01:26

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

ALTA HOSPITALAR

===[INTERNAÇÃO]==
Número Data Hora Convênio/Plano
202021002638 04/07/2020 16:23 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante Médico Responsável
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078 CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

===[ACOMODAÇÃO]==
Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==
Nome Sexo
JAILTON DA SILVA GOMES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
26/11/1986 33 Anos NÃO INFORMADO 2456199 202002570002231

===[RESERVA/AUTORIZAÇÃO]==

Reserva: _____ Autorização: _____

===[PROCEDIMENTOS ESPECIAIS REALIZADOS]==

Nebulização Ecografia Eletrocardiograma
 Fisioterapia Hemoterapia Laboratório
 Nutrição Enteral Nutrição Parenteral Órteses e Próteses
 Raio-X Tomografia Computadorizada

===[DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO]==

CID10 []

Código []

===[ALTA]==

Data Hora Motivo
108/107/2020 16:00 Alta motivada

===[MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA]==

ASSINATURA

CRM/CARIMBO

Usuário responsável:

Data: Hora:



ESTADO DO CEARÁ
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE POLÍCIA MILITAR
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA
COMARCA DE FORTALEZA FAMÍLIA E FORTES INSTITUIÇÕES



NOME: JAILTON DA SILVA GOMES

TÍTULO: LUCIO GOMES DA SILVA

ANTONIA MARIA DA SILVA

DATA NASCIMENTO: 26/11/1986
LUGAR: FORTALEZA - CE
ORIGEM: EXPEDIDOR: TITULAR
SSPDS-CE: XXX
DATA EXPEDIÇÃO: XXXXXXXXXX

Jailton da Silva Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEIA NA PÁGINA DE 24 DE AGOSTO DE 1988

CPF: XXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL: 2001012038155
LOCAL: P.: 4
DATA DE EXPEDIÇÃO: 17/06/2019
REGISTRO CIVIL:

CERT. NASCIMENTO: CARTÓRIO: 3^º ZONA TERMO: 0141889 FOLHA: 00000381
LIVRO: AG0100 FORTALEZA - CE

2^º VIA

NOME SOCIAL:
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

T. ELEITOR	CTPS	SÉRIE
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXX
INSCRIÇÃO PASSP	IDENTIDADE PROFISSIONAL	
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
DATA NASCIMENTO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
26/11/1986	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
UF	GRR	
XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	

UF XX

GRR

Jailton da Silva Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



VALIDADE: 01/07/2023

TERREIRO NACIONAL



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
011.670.393-86

Nome
JAILTON DA SILVA GOMES

Nascimento
26/11/1986

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200415333 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 03/07/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-1-5-6-10-11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329767/20

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

CPF: 011.670.393-86

Seguradora: ALFA SEGURADORA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/07/2020

Titular do CPF: JAILTON DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILTON DA SILVA GOMES : 011.670.393-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2020
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
CPF: 011.670.393-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

JAILTON DA SILVA GOMES

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200415333 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 03/07/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-1-5-6-10-11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329767/20

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

CPF: 011.670.393-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/07/2020

Titular do CPF: JAILTON DA SILVA GOMES

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILTON DA SILVA GOMES : 011.670.393-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2020
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
CPF: 011.670.393-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

JAILTON DA SILVA GOMES

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA