

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000046539174-2

Nr. da Autenticação 392FA6A2B10E6DBC

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000046539174-2

Nr. da Autenticação 8B89998AC4EC6C2E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200211002 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200211002 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (PG 2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE PG 5/8) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: TRATATIVA OMNI DE 30/06/2020 AS 10:04
ENCAMINHAR A PERÍCIA A FIM DE COMPROVAR POSSÍVEL AGRAVAMENTO DA SEQUELA JÁ INDENIZADA.

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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: 658.372.663.72 4 - Nome completo da vítima: Robson Lindrade Soares

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

5 - Nome completo: Robson Lindrade Soares 6 - CPF: 658.372.663.72
7 - Profissão: Roubador 8 - Endereço: Rua Benedito Bracenda 9 - Número: 479 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Jangurussu 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60862-620
15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nubank (260)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 46539174
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 03 Junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200211002
Nome do(a) Examinado(a): MAYK ROBSON ANDRADE SOARES
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Benedito Lacerda, 479, Barroso
CRUZEIRO DA FORTALEZA Ceará - CEP: 60862620
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / Ceará] 97002523542
Data local do acidente: [10/11/2019]
Data local do exame: [07/07/2020] FORTALEZA - Ceará

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM EXTENSÃO INTRA-ARTICULAR
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSSÍNTESE COM 02 FIOS K. FEZ FISIOTERAPIA (30 SESSÕES).
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 10/06/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO E SUPINAÇÃO E MODERADO DE EXTENSÃO E PRONAÇÃO DO PUNHO
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o 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 (*)
- | | |
|--|---|
| ☐ "Vítima em tratamento" | ☐ "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
Punho - Direito
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(ao) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Greive Freitas Cavalcante
CPF - 55890083368
CRM - Ceará - 9050

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200211002

Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000046539174-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200211002

Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200211002

Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

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 dos punhos

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: **MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

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

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000046539174-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200211002

Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163737/20

Número do Sinistro: 3200211002

Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

CPF: 658.372.663-72

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 30/06/2020
Nome: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES
CPF: 658.372.663-72

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163737/20

Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

CPF: 658.372.663-72

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES : 658.372.663-72

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: 12/06/2020
Nome: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES
CPF: 658.372.663-72

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200211002 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM EXTENSÃO INTRA-ARTICULAR

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO E SUPINAÇÃO E MODERADO DE EXTENSÃO E PRONAÇÃO DO PUNHO

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSA DO(A) PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/07/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO PUNHO DIREITO.

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200211002 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM EXTENSÃO INTRA-ARTICULAR

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO E SUPINAÇÃO E MODERADO DE EXTENSÃO E PRONAÇÃO DO PUNHO

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSA DO(A) PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/07/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO PUNHO DIREITO.

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

DATA DO ACIDENTE 10/11/2019 CPF DA VÍTIMA 658.372.663-72

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BENEDITO LACERDA, 479
Bairro: JANGURUSSU

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 11-06-2020

NOME Andersson Silva
Analista DPVAT

ASSINATURA _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 015038904703
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 10571148820 0000000000 2019

CENTRO DE FORMAÇÃO DE COND. SOUSA LTD.
FORTALEZA /CE

21392595000148 PNR7776/CE

21392595000148 9C2KC1680FR578849

PAS/MOTOCICLO/NAO ABILIC. GRASOL/ALCO

HONDA/CG150 PAN ESDI 2015 2015

2P/OCV/149CC APRENDZ VERMELHA

80.11 0.32 84.58 01/02/2019

Observações

Fortaleza 13/07/2019

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015038904703 BILHETE DE SEGURO DPVAT

21392595000148 PNR7776 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204 50554241820

2019 13/07/2019

1 21392595000148 PNR7776

10571148820 HONDA/CG150 PAN ESDI

2015 09 9C2KC1680FR578849

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05 4.01 40.05

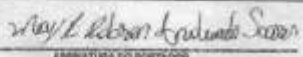
4.15 0.32 84.58

01/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: KC14Z3F578849



 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO 	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1664249950	NOME MAYK ROBSON ANDRADE SOARES DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR UF 97002523542 SSP CE CPF 658.372.663-72 DATA NASCIMENTO 25/05/1984
	FOTO  RELACÃO RAIMUNDO ALVES SOARES MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES PERMISSÃO ACE CATENAS AD
	Nº REGISTRO 04230924850 VIGÊNCIA 17/07/2023 1ª REGISTRAÇÃO 14/11/2007
	OBSERVAÇÕES A : RAR :
	ASSINATURA DO TITULAR  LOCAL FORTALESA, CE DATA EMISSÃO 18/12/2018
ASSINATURA DO EMISSOR  21611060555 CE168350319	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1664249950  CEARÁ	

» Dados da Reclamação

Protocolo:

2458852/2020

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.

Data:

29/06/2020 13:08:08

» Dados do reclamante

Segurado:

Mayk Robson Andrade Soares

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

658.372.663-72

» Formas de contato

E-mail:

PROFISSIONAL_ROBSON@YAHOO.COM.BR

Endereço:

Rua Benedito Lacerda, 479

Bairro:

Jangurussu

CEP:

60.862-620

Cidade:

Fortaleza

» Dados da denúncia

Assunto:

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Prezado Sr analista. Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, venho por meio desta solicitar a revisão do sinistro hora mencionado, haja visto que não fui avaliado por um profissional adequado para que fosse elaborado um parecer compatível com minhas lesões, me fazendo discordar do parecer atual. Sr analista, peço muito respeitosamente que revise meu processo, e que seja agendada uma perícia medica para que então seja comprovada a gravidade de minhas sequelas, e eu possa ser enquadrado na atual tabela de indenizações de acordo com os termos da Lei nº 6.194, de 1974.

O SAC da empresa foi acionado?

Não

» Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
Aviso de Sinistro	3200211002	

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

MORRISON RUIZ SOARES

vítima de acidente de trânsito, em 10/11/2019, sofreu:

Fratura do metacarpo distal direito
CD- 552.5

e submeteu-se a tratamento(s): Cirúrgico

Redução e fixação da fratura
fixação interna

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Dores e desconforto no punho direito
Bloqueio da supinação e da
perflexão do punho direito
Força sumida de metá 70%.
Fadiga e cansaço ao flexionar o punho
Invalidez de movimento de carga
perdição funcionalmente
dos dedos de finitos

10/06/2020

Fco. Mardônio Salmato Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411
Francisco Mardônio Salmato de Almeida
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: yanna.lima - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

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

703406369432100 - MAYK ROBSON ANDRADE

SOARES



NOME DA MÃE

MARIA GORETTI DE ANDRADE SOARES

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5533260

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

25/05/1984 - 35 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA BENEDITO LACERDA, Nº 479

BAIRRO

BARROSO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

24459836300 - CARLOS EMANUEL
VASCONCELOS

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555500

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERA TRANSFERIDO PARA
INSTITUTO PRÁXIS

Solicitação

NÚMERO

12600120827

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

12/11/2019 - 13:33

PROFISSIONAL

24459836300 - CARLOS EMANUEL
VASCONCELOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020431 - - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA
ULNA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação



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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

6 - Nº PRONTUÁRIO:
5533260

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
703406369432100

8 - DATA NASCIMENTO:
25/05/1984

9 - SEXO:
☐ Masc ☐ Fem

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/ PAI
MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES

12 - TELEFONE DE CONTATO:
98948-6784

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
N.I.

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
RUA BENEDITO LACERDA, 479, BARROSO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FORTALEZA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA N INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE RADIO DISTAL. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FX: RADIO DISTAL

24 - CID 10 PRINCIPAL:
S525

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

168 PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE RADIO DISTAL.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
04.08.02.043-1

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
EMERGÊNCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
12/11/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

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



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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE : **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**

6 - Nº PRONTUÁRIO:
5533260

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
703406369432100

8 - DATA NASCIMENTO:
25/05/1984

9 - SEXO:
☐ Masc ☐ Fem

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/ PAI
MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES

12 - TELEFONE DE CONTATO:
98948-6784

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
N.I.

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
RUA BENEDITO LACERDA, 479, BARROSO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FORTALEZA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA N INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE RADIO DISTAL. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FX: RADIO DISTAL

24 - CID 10 PRINCIPAL:
S525

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

168 PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE RADIO DISTAL.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
04.08.02.043-1

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
EMERGÊNCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
12/11/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

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

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201921005754 Data 12/11/2019 Hora 15:37 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
SISREG AIH

Caráter de Atendimento

ELETIVO

Origem do Paciente

IJF

Médico Solicitante

6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI

Procedimento Solicitado

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA 2

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Nascimento Idade 25/05/1984 35 Anos Raça/Cor PARDA

Mãe

MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES

Conjuge

Estado Civil
DIVORCIADO(A)

Pai

RAIMUNDO ALVES SOARES

Responsável

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Documento Informado

RG: 97002523542

Município de Naturalidade
CASTELO DO PIAUI/PI

Sexo

MASCULINO

Religião

NÃO INFORMADO

Prontuário

2453604

CNS

703406369432100

Registro

201902570004955

País

BRASIL

Município de Residência

FORTALEZA/CE

Número Complemento

497

Fone Móvel

(85)9894.86784

Fone Fixo

(85)9724.6451

Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

EMPREGADO FORMAL / INSTRUTOR DE AUTO-ESCOLA

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

Tipo de Acomodação

ENFERMARIA

Atendente: maria.nataly

Clínica

CLÍNICA CIRÚRGICA

Data: 12/11/2019 Hora: 15:44:36 Tempo: 00:07:35

Acomodação/Leito

222/1

Posto de Enfermagem

POSTO DE ENFERMAGEM 03

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

MAYK ROBSON ANDRADE SOARES, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 12 de novembro de 2019

RESPONSÁVEL

X guilherme alves dos santos souza

TESTEMUNHAS



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 19/11/19

Nome do paciente:	enlayk Thobson Andre de Jesus
Nº Prontuário:	2453604
Clinica:	
Cirurgião:	Dr. Carlos Magalhães
Anestesista:	Dr. Paulo Roberto
Tipo de Anestesia:	Intubação com Sonda EV+
1 Auxiliar:	Dr. Alexandre
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora:	Eduardo
Circulante:	João
Diagnóstico Pré-Operatório:	fibrose do pâncreas
Tipo de Operação/ Código:	0408020407
Diagnóstico Pós-Operatório:	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)	Minutos c/ Acréscimo	

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

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

Maria Magalhães Mendes
CRM 2021
CPF 045.085.213-04

ERM 2021
02501508521304
MODELO 8.0

Data: 1/9/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Paulo Roberto Andrade		Nº Prontuário: 1000		Nº Controle: 1000		Enf./		Leito: 1000	
Cirurgião: Dr. Carlos		Tempo de Sala: 1h		Tempo de Oxigênio: 1h					
IDADE: 35	PESO: 70kg	ALTURA: 1.80m	SEXO: M	TEMP: 36.5	PULSO: 90	RESPIR: 13	PR. ART. MAX/MIN: 120/80		
TIPO SANGÜÍNEO: B+		HEMÁCIAS: 6.04	HEMOGLOBINA: 15.68g/dl	HEMATÓCRITO: 48.2	GLICEMIA: 100	URÉIA: 1.8mg/dl	CÁLCIO: 1.0		
Ap. Respiratório: Normal		Ap. Circulatório: Normal		Ap. Digestivo: Normal		Ap. Urinário: Normal		Diagnóstico Pré-Operatório: Normal	
Anestésias Anteriores: Não		Medicação Pré-Anestésica: Atropina 1mg		Aplicada às: 7h30		Efeito: Normal		Risco: Normal	
Agentes Anestésicos: 20		Líquidos: 1000cc + 1000cc		Códigos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Códigos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	
Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal	
Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal		Sinais: Normal		Outros: Normal	

MODELO 21
CRM 2021
913104



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

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

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

PRÉ - REQUISIÇÃO - ANESTESIA

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
313-1	ADRENALINA	AMP	
550-9	ÁGUA DESTILADA 1000ML	UND	
350-6	AMINOFILINA	AMP	
260-7	ATROPINA	AMP	
383-2	AMPICILINA 1G	FRAMP	
279-8	BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	
281-0	CL. POTÁSSIO - 10%	AMP	
370-0	DIAZEPAM 10MG	AMP	
21415	MORFINA SULFATO 0,2mg/ml	AMP	
369-7	PETIDINA 100mg/2ml	AMP	
368-9	MIDAZOLAN 15 mg/3ml	AMP	01
444-8	ETILEFRINA	AMP	
397-2	ENFURANO 100ml	ML	
340-9	PROMETAZINA 50mg	AMP	
355-7	HIDROCORTIZONA 500mg	FRAMP	
399-9	HALOTANO 100ML	ML	
398-0	FENTANILA + PROPERIDOL	AMP	
396-4	CETAMINA	FRAMP	
386-7	CEFALOTINA	FRAMP	01
386-8	FUROSEMIDA 2ML	AMP	02
367-0	FENTANILA CITRATO 0,05mg/ml	FRAMP	
389-1	GENTAMICINA		
298-4	HEPARINA		
401-4	BUPIVACAÍNA 0,5%		
403-0	BUPIVACAÍNA + EPINEFRINA		
440-5	BUPIVACAÍNA PESADA		
8832-5	NALBUFINA		
359-0	PANCURÔNIO		
264-0	METOCLOPRAMIDA		
361-1	NEOSTIGMINE		
360-3	SEXAMETÔNIO 100mg	FRAMP	
400-6	THIOPENTAL		
358-1	ATRACURIO		
353-0	DICLOFENADO DE SÓDIO		
406-5	LIDOCAÍNA COM VASOCONST		01
408-1	LIDOCAÍNA + GLICOSE		
407-3	LIDOCAÍNA SEM ADRENALINA		
8811-4	CISATRACURIO 10MG		
8811-1	PROPOFOL		
362-0	NALAXONA		
8811-3	ISOFLURANO		
	SUFENTANIL		
	HYPNOMIDATE		

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
	SOROS		
553-3	Solução frutose 500ML	Tubo	
553-3	Solução de Manitol 250ML	Tubo	
559-2	Solução de Ringer lactato 500ML	Tubo	01
557-6	Soro fisiológico 0,9% 250ml	Tubo	
556-8	Soro fisiológico 0,9% 500ml	Tubo	02
1901-1	Soro fisiológico 1.000ml	Tubo	
558-4	Soro glicosado 5% 500ML	Tubo	
	MATERIAIS		
	CATETER INTRAVENOSO		Nº 2, 01, 01
	AGULHA DESC. PERIDURAL		
	AGULHA DESC. P/RAQUE		01
	EQUIPO P/ SORO		
	SONDA ASP. TRAQUEAL		
	SONDA ENDOTRAQUEAL		
	SONDA NASOGÁSTRICA		
	GASES MEDICINAIS		
	AR COMPRIMIDO		
	GÁS CARBÔNICO		
	OXIGÊNIO		litro
	OXÍDO NITROSO		
	SANGUE - HEMODERIVADOS		
	SANGUE		
	PLASMA		
	ALBUMINA		
	PAPA HEMÁCIAS		
	USO DE APARELHO		
	CAPNÓGRAFO	h	
	MONITOR	h	
	OXÍMETRO	h	
	JUSTIFICATIVA		
	MEDIDA		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- [illegible]
- [illegible] - [illegible]
- [illegible] [illegible]
- [illegible] a [illegible] de [illegible]
- [illegible] - [illegible]
- [illegible] [illegible]
- [illegible]
- [illegible] [illegible]

Dr. Carlos
CRE
a do Cirurgião (C

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201921005754 12/11/2019 15:37 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Médico Responsável
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Procedimento Solicitado
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

===[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/1 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==

Nome
MAYK ROBSON ANDRADE SOARES Sexo
MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontoário Registro
25/05/1984 35 Anos NÃO INFORMADO 2453604 201902570004955

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
Data Hora Motivo
15/11/2019 10:30 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente MAYK ROBSON ANDRADE SOARES, 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), 15 de novembro de 2019

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: kilvia.cavalcante

Data: 15/11/2019 Hora: 10:31:06

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703406369432100 Admissão: 10/11/2019 00:51
 Nome: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES
 Pront.: 5533260 Data Nasc.: 25/05/1984 Idade: 35 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s) Tel.: 85 98948-6784
 Mãe: MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES
 Sexo: Masculino RG: 97002523542 Município: FORTALEZA
 CEP 60862-61 Bairro: BARROSO
 Endereço: RUA BENEDITO LACERDA

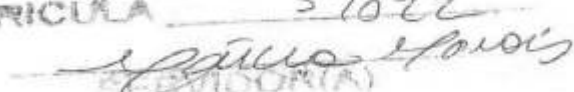
PRESCRIÇÃO

Médico: CAIO DA SILVEIRA JALES CRM 19325 10/11/19 02:18

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / EM 1HORA SE DOR INTENSA	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 20 MG / ORAL / 24/24 H EM JEJUM	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 24/24 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
Nº TOTAL DE FASES: 3 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IN
 RAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 18 / 05 / 2020
 MATRÍCULA 51022

 FORTALEZA

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

MORRISON RUIZ DE SOUZA

vítima de acidente de trânsito, em 10/11/2019, sofreu:

Fratura da mão direita simples
cod. S52.5

e submeteu-se a tratamento(s): Cirúrgico

Redução e fixação da fratura
fixação interna

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Com a descoberta no punho direito
Bloqueio da supinflexão e da
perforação do punho direito
força sumida mais 70%.
Foi dada a conduta de punção no punho
Oftalmológico de monitorio de cor e
propriedades funcionais
Ats med e fixação

10/06/2020

Fco. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411
Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703406369432100 **Admissão:** 10/11/2019 00:51
Nome: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES
Pront.: 5533260 **Data Nasc.:** 25/05/1984 **Idade:** 35 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s) **Tel.:** 85 98948-6784
Mãe: MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES
Sexo: Masculino **RG:** 97002523542 **Município:** FORTALEZA
CEP: 60862-61 **Bairro:** BARROSO
Endereço: RUA BENEDITO LACERDA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO **Classificador:** ANA CLEIDE LIMA DA SILVA **COREN:** 69822 **Horário:** 10/11/2019 00:54
Queixa: QUEDA DE MOTO HÁ 20 MIN NEGA SINCOPE . QUEIXA DE DOR EM PULSO D , FERIMENTO EM MÃO D ,
 ESCORIAÇÕES EM MMII E MMSS
Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
Discriminador: DOR MODERADA
Autoagressão: Não
Sato02: **Glasgow:** 15 **Temp.:** **Glicemia:** **Régua dor:** **Pulso/FC:** **PA:** **FR:**

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ANTONIO HERMANO CABRAL FERREIRA JUNIOR **CRM:** 5321 **Nº:** 572385 **Horário:** 10/11/2019 01:28
Acidente: Não **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: OBSERVAÇÃO 6
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA NO PULSO DIREITO, ANTEBRAÇO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NEGA TCE, GLASGOW: 15

ALTA

Data: 16/11/2019 11:05

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data		Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
10/11/201	00:54	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR MODERADA	AMARELO	ANA CLEIDE LIMA DA SILVA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	10/11/2019 01:33	Sim	Cancelado
RX ANTEBRAÇO E AP/P (0204040019)	10/11/2019 01:33	Sim	Cancelado
RX JOELHO E AP/P (0204060125)	10/11/2019 01:33	Sim	Cancelado
RX BACIA AP (0204060095)	10/11/2019 01:33	Sim	Cancelado

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703406369432100 **Admissão:** 10/11/2019 00:51
Nome: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES
Pront.: 5533260 **Data Nasc.:** 25/05/1984 **Idade:** 35 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s) **Tel.:** 85 98948-6784
Mãe: MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES
Sexo: Masculino **RG:** 97002523542 **Município:** FORTALEZA
CEP: 60862-61 **Bairro:** BARROSO
Endereço: RUA BENEDITO LACERDA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
11/11/2019 10:08	CARLOS EMANUEL VASCONCELOS	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ADMITIDO COM FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL DIREITO COM TRAÇO INTRARTICULAR PEÇO PREOPERATÓRIO
10/11/2019 02:18	CAIO DA SILVEIRA JALES	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ADMITIDO COM FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL DIREITO COM TRAÇO INTRARTICULAR

PRESCRIÇÃO

Médico: JOSE GUILHERME MILITAO MACIEL **CRM:** 7409 **12/11/19 08:20**

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / EM 1HORA SE DOR INTENSA	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 20 MG / ORAL / 24/24 H EM JEJUM	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 24/24 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / EM 1HORA SE DOR INTENSA	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 20 MG / ORAL / 24/24 H EM JEJUM	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 24/24 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	

O.E: M238440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 12/2019

DATA: 28/11/2019

Num AIH: 231910354533-0 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 12/2019 Data de Emissão: 12/11/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M238440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0001
Doc autorizador: 121032051720001 Doc med resp: 107185222700006 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 107185222700006
CNS: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 703406369432100
Paciente: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES ✓ Prontuário: 2453604 ✓ Laudo:
Data Nasc.: 25/05/1984 ✓ Sexo: MASCULINO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 97002523542
Responsável pac.: MAYK ROBSON ANDRADE SOARES Nome da Mãe: MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES ✓
Endereço: BENEDITO LACERDA, 497 - BARROSO Raça/Cor: PARDA
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60010-100 Telefone: (85)9724.6451
Procedimento solicitado: 04.08.02.043-1 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

Muda Proc.?: Sim

Procedimento realizado: 04.08.02.040-7 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO
Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE
Diag. complementar: Causa Óbito: -
Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 12/11/2019 Data saída: 15/11/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: -

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

CNPJ do Empregador:

CNAER:

CBO:

Vínculo com a previdência: -

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]===

Linha	Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1	04.08.02.040-7	107185222700006	1	225270 107185222700006	3969800	1 112019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTRE
2	04.08.02.040-7	210157919150018	6	225151 210157919150018	3969800	1 112019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTRE
3	08.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	✓3 112019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
4	04.01.01.001-5	107185222700006	0	225270 107185222700006	3969800	✓2 112019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
5	02.04.04.012-4	3969800	0	3969800	3969800	✓2 112019 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBL

===[VALORES DA PRÉVIA]===

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar + - Serviço Profissional + -						
	+ - Direto + -		+ - Direto + -		+ - Rateado + -		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Total
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,80
04.08.02 MEMBROS SUPERIORES	159,49	0,00	0,00	0,00	94,31	0,00	253,80
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00
Total Geral:	248,29	0,00	0,00	0,00	94,31	0,00	342,60

Número de Nascidos

Número de Saídas

N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



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

15

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600120827
NÚMERO DA AIH: 2319103545330

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 703406369432100 - MAYK ROBSON ANDRADE SOARES

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 25/05/1984 - 35 anos

NOME DA MÃE: MARIA GORETTI DE ANDRADE SOARES

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA BENEDITO LACERDA, Nº 479

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: BARROSO

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S525 - Fratura da extremidade distal do rádio

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020431-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

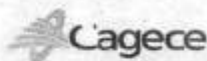
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 12/11/2019 - 13:33 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 13/11/2019 - 07:57

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



Nº de inscrição:

010723170

DADOS DO CLIENTE

BEATRIZ DE ARAUJO EUZEBIO

RUA BENEDITO LACERDA, 479, JANGURUSSU
FORTALEZA - CEP: 60862-620

Codificação: 001.052.0352.0173.0000.00.00

Padrão do imóvel: REGULAR

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES GERAIS DE UTILIZAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumenidade	Preço Semestral (R\$)
ÁGUA	A08F416639	784	793	9	6

DATAS

Leitura atual: 07/05/2020

Emissão: 07/05/2020

Lacre água: 5902164

Leitura anterior: 07/04/2020

Próxima leitura: 06/06/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

03/2020

No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	510	510	121	510	510
Analisadas	430	430	430	429	429
Em conformidade	430	424	421	420	427

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)

ÁGUA	28,90			
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,13	mai/19	1	0
MULTA DE 2%	0,57	jun/19	13	0
		ago/19	5	0
		set/19	6	0
		out/19	7	0
		nov/19	6	0
		dez/19	3	0
		jan/20	5	0
		fev/20	5	0
		mar/20	5	0
		abr/20	12	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição Valor (R\$)

PIS 0,27

COFINS 1,38

SUBSIDIO

Descrição Valor (R\$)

VALOR DO SERVIÇO 41,80

VALOR DO SUBSIDIO 12,80

VALOR TOTAL A PAGAR 29,00

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

05/2020

22/05/2020

29,00

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE.

Emissão: 07/05/2020 14h:55:37 010723170 Leitura: 0305 Data: 07/05/2020 14:07:12 15 R: 046 Via: 001

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: 4 - Nome completo da vítima:

658.372.663.72

Robson Lindrade Soares

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Robson Lindrade Soares

658.372.663.72

Revisor

Rua Benedito Macena

479 Casa

Jangurussu

Fortaleza

Ceará

60862-620

profissional_robson@yahoo.com.br

85 9 87627530

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nubank (260)

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 46539174 2 (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 03 Junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 783 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/05/2020 11:42:04**
Data / Hora da Ocorrência: **10/11/2019 00:10:00**
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO PONTES CARVALHO, JARDIM VIOLETA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MAYK ROBSON ANDRADE SOARES**
Nascimento: **25/05/1984** CPF: **658.372.663-72**
RG: **97002523542** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA GORETTI SILVA DE ANDRADE SOARES**
RAIMUNDO ALVES SOARES
Endereço: **TRAVESSA CARIÁÇU, 28**
Bairro: **COUTO FERNANDES**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99724-6451**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNR7776** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR578849** Renavam: **1057148820** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PNR-7776 NA RUA ANTONIO PONTES CARVALHO QUE AO PASSAR POR BURACOS NA VIA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE. ///////////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7