



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis
Beviláqua
Processo: 02035325020238060001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 01/02/2023 14:56:50

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2879576_CONTESTACAO_0
1 - 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2879576_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-21.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/10/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8147124

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000012668443

Número da Autenticação

3DBAEE8DEB4F0217

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048451 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GLASGOW 14)
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P4 P7 P8 P10)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048451 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 14)
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P4 P7 P8 P10)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220048451

Vítima: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA

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 ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA**

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

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000012668443-3**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026884/22

Vítima: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA

CPF: 100.856.324-22

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA : 100.856.324-22

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: 23/09/2022
Nome: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA
CPF: 100.856.324-22

FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2022
Nome: Tarsis Farias de Mesquita
CPF: 749.133.103-30

Tarsis Farias de Mesquita

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polgar Direito



Francisco Tarcio Woker da Silva

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2007726547-0

DATA DE
EXPEDIÇÃO 18/08/2014

NOME
FRANCISCO TÁRCIO LOPES DA SILVA

FILIAÇÃO
DAMIANA LOPES DA SILVA

NATURALIDADE
MARACANAÚ - CE

DATA DE NASCIMENTO
10/12/1992

DOC. ORDEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: GUERREIRO TERMO: 33898 FOLHA: 203
LIVRO: A/29 MARACANAÚ - CE
CPF

2 VIA

Damiana Lopes da Silva
ASSINATURA DO DIRETOR

P : 13

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **100.856.324-22**

Nome: **FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA**

Data de Nascimento: **10/12/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/05/2009**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:46:48** do dia **23/09/2022** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **695A.8D9D.9E74.51D5**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1622 / 2022

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **17/08/2022 10:25:12**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/02/2020 02:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **R AGAMENON (PERIMENTAL), VILA PERI-FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA**
 Nascimento: **10/12/1992** CPF: **100.856.324-22**
 RG: **20077265470** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
 Filiação: **DAMIANA LOPES DA SILVA NI**
 Endereço: **RUA PAULO AFONSO, 0**
 Bairro: **ALTO ALEGRE** CEP:
 Município: **MARACANAU/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98533-0775**
 Email:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: ORP1659 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4110DR710096 Renavam: 501536078 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: JOSE CLAUDIO DE SOUZA SENA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

informa a vítima que dia, hora e local citados estava trafegando pela rua Agamenon (Perimental); QUE estava pilotando uma moto de placa ORP 1659 quando cochilou; QUE perdeu o controle da moto vindo a cair no buraco; QUE foi ao solo e ficou lesionado; QUE não estava com garupeiro; QUE informa a vítima que foi socorrida pelo SAMU e levada para atendimento no Instituto dr. José Frota. // E NADA MAIS DISSE.
 OBS.: Falsa comunicação é crime previsto no art. 340 do CPB;
 OBS.: Prazo para representação criminal: 06 meses;
 OBS.: Este boletim é para fins de DPVAT e que a vítima se manifesta dizendo que não quer representar neste momento.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

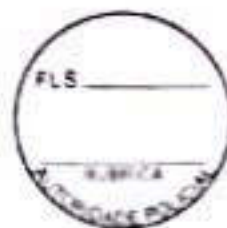
VANUZA BENTO PEIXOTO - MAT.: 3011910x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Tarcio Lopes da Silva



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 20221082030



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1622 / 2022

VISTO DO(A) DELEGADO(A): *Maria das Graças*
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7





DECLARAÇÃO



**SAMU
192**

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Francisco Tarcio Lopes da Silva** - C.P.F. - **100.856.324-22**, no dia **02/02/2020**, às **03h10min**, na **Rua Agamenon (Perimetral)**, no **Bairro Vila Peri (Bonsucesso)**. 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 **Nº P148042/2022**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

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

Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Bairro); Onde esclarecemos que o provável Bairro seja (Vila Peri/Bonsucesso).

Documento requerido pela Sra. **Rayssa Oliveira Tavares** por meio do Processo Nº **P148042/2022**.

Fortaleza, 10 de Maio de 2022.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-148042/2022

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 18 PUNTO DE APOIO: Paramonga Nº DA OCORRÊNCIA: 0096
 DATA: 02/02/2020 TURNO: SN EQUIPE: Manoella / R. Sa
 NOME: Francisco Tarcio Lopes da Silva IDADE: 27a SEXO: M
 ENDEREÇO: A. Agamenon S/N BAIRRO: Siquieira
 REFERÊNCIA: Logos
 QTY: 03.00 QUS: 03.10 QUY: 03.40 QUU: 04:30
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Morte de Morte

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

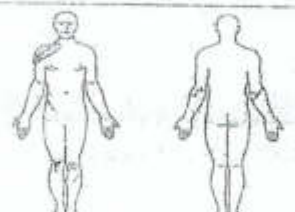
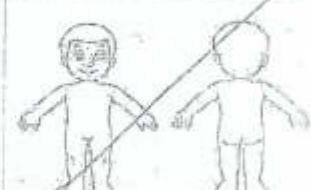
RESPOSTA AO CHAMADO RESPONSIVO NÃO RESPONSIVO
 EXPANSÃO TORÁCICA PRESENTE AUSENTE
 PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO) PRESENTE AUSENTE
 PÉRVEAS OBSTRUÍDAS POR: _____

A **3**
 PADRÃO RESPIRATÓRIO EUPNEICO TAQUIPNEICO BRADIPNEICO AGÔNICA/AUSENTE
 INSPEÇÃO NORMAL ALTERADA: _____
 PALPAÇÃO/PERCUSSÃO NORMAL ALTERADA: _____
 AUSCULTA NORMAL ALTERADA: _____

C
 PULSO NORMOCÁRDICO TRAUCÁRDICO BRADICÁRDICO
 CHEIO FILIFORME IMPALPÁVEL
 LOCAL: pedra
 PELE CORADA PÁLIDA CIANÓTICA
 SUDOREICA SECA QUENTE FRIA
 ENCHIMENTO CAPILAR ≤ 2 seg > 2 seg
 SANGRAMENTO EXTERNO SIM NÃO

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

D
 ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA 4 3 2 1
 RESPOSTA VERBAL ORIENTADO (A) / SORRI (P) 5
 CONFUZO (A) / CHORO CONSOLÁVEL 4
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) 3
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) 2
 NENHUMA 1
 RESPOSTA MOTORA OBEDECE A COMANDOS 6
 LOCALIZA A DOR 5
 MOVIMENTO DE RETIRADA 4
 FLEXÃO ANORMAL 3
 EXTENSÃO ANORMAL 2
 NENHUMA 1
 TOTAL: 14
 PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ALTERADAS

E
 ADULTO  LESÕES Provável fratura em região clavicular (D).
Escoriações
 PEDIÁTRICO 

SAMPLA

FC: 104 bpm PA: 160/90 FR: 22 irpm GLIC: — OXIM.: 95% NA TEMP: —

Síncope
 Mega Alergia
 Alcoolizado

Dr. Lucas

R. Manoella
 4.69
 Manoella I

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente sofreu queda de moto, portava capacete, porém sacou fora, populares relatam que o mesmo teve síncope no local. Refere dor na região clavicular direita. Movimentos preservados. Removido para unidade de saúde para avaliação médica. Realizada imobilização. Sem intercorrências durante o transporte.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- UNIDADE DE SAÚDE: FSP Centro
- LIBERADO
- RECUSA
- REMOVIDO POR TERCEIROS
- OUTRO:
- ÓBITO →
- NO LOCAL
- DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

Dr. Claudio Rogério M. Dias
Médico
CRM: 5213

EM: ___/___/___ às ___:___

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:
DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL: _____ EM: ___/___/___
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

FU, _____ RG / CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: ___/___/___ às ___ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.
ASSINATURA:

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702304163330311 Admissão: 02/02/2020 03:49
 Nome: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA
 Pront.: 5653889 Data Nasc.: 10/12/1992 Idade: 29 ano(s) 6 mes(es) e 3 dia(s) Tel.: 85 98943-9672
 Mãe: DAMIANA LOPES DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: 20077265470 Município: MARACANAU
 CEP 6190-630 Bairro: (CJ JEREISSATI I)
 Endereço: RUA 4

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador MARCLY QUEIROZ OLIVEIRA COREN:47922 Horário 02/02/2020 04:02
 Queixa: síncope na local, dor no ombro d, apos queda de moto

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: TCE

Autoagressão: Não

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

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: CLAUDIO REGIS MATOS BRAYNER CRM: 5213 Nº: 602282 Horário 02/02/2020 04:15

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

Comorbidade:

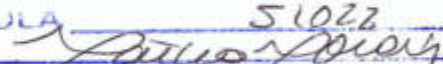
HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

ALTA

Data: 16/02/2020 23:04

EVOLUÇÃO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - UF
 RAE TIRADA
 PFI/SISTEMA E-SUS
 DATA 13/08/2022
 MATRICULA 51022

 SERVIDOR (A)

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
02/02/2020 04:02	ACIDENTE COM	TCE	AMARELO	MARCLY QUEIROZ OLIVEIRA

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702304163330311 Admissão: 02/02/2020 03:49
Nome: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA
Pront.: 5653889 Data Nasc.: 10/12/1992 Idade: 29 ano(s) 6 mes(es) e 3 dia(s) Tel.: 85 98943-9672
Mãe: DAMIANA LOPES DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 20077265470 Município: MARACANAU
CEP 6190-630 Bairro: (CJ JEREISSATI I)
Endereço: RUA 4

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
	MOTOCICLETA			

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição	Horário:
------------	----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - LJF
RAE TIRADA
PELO SISTEMA F-SIS
DATA 13 / 05 / 2022
MATRÍCULA 51022
[Assinatura]
SERVIDOR (A)

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702304163330311 Admissão: 02/02/2020 03:49
Nome: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA
Pront.: 5653889 Data Nasc.: 10/12/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 23 dia(s) Tel.: 85 98943-9672
Mãe: DAMIANA LOPES DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 20077265470 Município: MARACANAU
CEP 6190-630 Bairro: (CJ JEREISSATI I)
Endereço: RUA 4

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição	Horário:
------------	----------

ENCAMINHAMENTO - CONDOTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

F+ de clonula perhat
Numero sub prescricao
id: Tipica d Vily

Alto TO

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

CONDUTA:

Alto + retorno ao familiar

Data:

às

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

CONDUTA:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

* Percebi acento de visões de modo
Fato de clonula sur sur de tuc
terceira vez dell apus, Abilmente

CONDUTA:

Dr. Erico Diógenes
Urologia / Urologia
CRM 9540

Alto de tuc
Neurocirurgia

Dr. Erico Diógenes
Urologia / Urologia
CRM 9540

Data:

às

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

Queda do meu
ELG 14
TC de crânio. Plano intracraniano
TC de col. cervicid. Otx

CONDUTA:

Observar

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

Dr. Gilnard Caminha
Neurocirurgia
CRM 6613 RQE 6942

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

M (h) T (h) S/P

P.A:			
T:			
FC:			
FR:			
Ass.			



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



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA		ID Paciente: 5653889
Data de Nascimento: 10/12/1992	Idade: 27 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR CLAUDIO REGIS		Data do Exame: 02/02/2020
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Parênquima encefálico com valores de atenuação normais

Sulcos, fissuras e cisternas cerebrais de amplitude normal

Sistema ventricular anatômico

Linha média centrada

Estruturas ósseas focalizadas de aspecto preservado.

Marilza Oliveira

MARILZA OLIVEIRA CRM 5199-CE

ALTA A PEDIDO CONTRA INDICAÇÃO MÉDICA

PACIENTE: <i>José Carlos Lopes da Silva</i>	Nº Prontuário: <i>5653889</i>
SETOR: <i>MSL</i>	LEITO: _____ DATA: <i>02/02/20</i> HORA: <i>15:25</i>

Considerando – ser direito meu de recusar o atendimento ou os procedimentos propostos para meu tratamento, bem como o de deixar as dependências do hospital, mesmo sabendo das possíveis conseqüências e riscos de tal atitude.

Considerando – que alta a pedido não constitui ato que tenha sido indicado ou praticado pela equipe médica, mas sim um ato livre e soberano da autonomia do paciente, atendido o disposto no Termo de Responsabilidade.

Considerando – que o exercício, da minha parte, deste meu direito, a partir do momento em que eu deixar o hospital, isenta o médico e a Instituição da responsabilidade por quaisquer conseqüências adversas à saúde diretamente relacionadas a esta alta.

Considerando – que o médico, com o apoio da equipe multiprofissional, explicou em linguagem acessível, o diagnóstico, suas condições clínicas, possibilidades terapêuticas e as conseqüências da interrupção da assistência médica, especificando possíveis riscos e danos.

Considerando – que a alta a pedido desobriga o médico e o hospital de dar continuidade ao meu tratamento, bem como de emitir receita, solicitação de exames e encaminhamento para outro estabelecimento.

Ainda assim solicito a interrupção do meu tratamento sendo essa atitude uma livre expressão da minha vontade.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE:

Declaro que no momento encontro-me **SÃO E CAPAZ**, que fui devidamente informado e esclarecido quanto à situação da minha saúde, conforme acima registrado, que **NÃO CORRO RISCO IMINENTE DE VIDA**, e decido deixar de ser assistido neste hospital.

Francisco

 Ass. Paciente e/ou responsável

PM. 000.020 - Versão 1 - 22/JAN./18 - 1 via - Formato (180/210) - Dr. Roberto Ibiapina - Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 - Fortaleza, Ceará, Brasil.

Ana Luiza Oliveira de Sousa



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Paciente: FRANCISCO TARCIO LOPES DA SILVA		ID Paciente: 5653889	
Data de Nascimento: 10/12/1992	Idade: 27 anos	Sexo: M	
Médico Solicitante: DR CLAUDIO REGIS		Data do Exame: 02/02/2020	
LAUDO			

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica da coluna cervical, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

- Eixo cervical normal.
- Corpos vertebrais de morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Espaços disciais de aspecto usual
- Canal medular de amplitude preservada.

CONCLUSÃO: Exame tomográfico dentro da normalidade.

Marilza Oliveira

MARILZA OLIVEIRA CRM 5199-CE

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: 100.856.324-22 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO TÁRCIO LOPES DA SILVA

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

5 - Nome completo: FRANCISCO TÁRCIO LOPES DA SILVA 6 - CPF: 100.856.324-22
7 - Profissão: MARCELO 8 - Endereço: RUA PAULO AFONSO 9 - Número: SN 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ALTO ALEGRE 12 - Cidade: MARACANA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61922165
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85)988701298

DADOS CADASTRAIS

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: 0,0
 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: NU PAGAMENTOS.S.A
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 12668443 3
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou 7870-000
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (vai nascer)? 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Fortaleza 05 de Setembro de 2020
Francisco Tarcio Lopes da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____