



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

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

**Dados Básicos**

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis  
Beviláqua  
Processo: 02041612420238060001  
Classe do Processo: Contestação  
Data/Hora: 23/02/2023 17:41:47

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do  
Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2880160\_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: 2880160\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_03 - 1-25.pdf  
Documentação: 2880160\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_03 - 26-36.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.

---

**Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200301314**

**Vítima: ANTONIO MENEZES BRANDAO**

**Data do Acidente: 27/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ANTONIO MENEZES BRANDAO**

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, contados 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



---

**Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200301314**

**Vítima: ANTONIO MENEZES BRANDAO**

**Data do Acidente: 27/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO MENEZES BRANDAO**

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ANTONIO MENEZES BRANDAO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000004605-1**

Conta: **000010018689-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Nº DO CLIENTE****2666596**

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei Nº 10.438  
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3**enel****CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº****580366492**

Rota 17 35120 08 005100 - 7

Data de Emissão 24/06/2019

Nome RITA MARIA DE MENEZES BRANDAO

End. Postal PR MON SABINO 00010

CENTRO - J. DE JERICOACOARA - 62598000

Medidor 11407036

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 730291903-82

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2019	24/06/2019	26/07/2019

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja e legenda no verso desta conta.

Conjunto: CRUZ  
Mês: Abr/2019 EUSD 38,30

DICRI = 0,00 P

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
103,43	27,00%	27,92

Padrão Individual | Apuração Individual

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	10,30	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			0,00		

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

D78F.20C9.F5F5.5EE4.24BB.84CA.B777.D709

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. FeL	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 27384	27249	1,00	135	135	8,76621	103,43
24/06/19	24/05/19		31 DIAS	135		103,43

**DESCRIÇÃO**

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	103,43
MULTA MORATORIA REF 05/2019	2,35
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,54
JUROS DO MES	1,34
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,74



Impresso nº 201915259

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 578 - 101 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **07/01/2019 15:04:25**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/12/2018 23:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MANOEL MARQUES**  
Complemento: **ACOSTAMENTO**  
Bairro: **CENTRO** Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE**  
Ponto de Referência: **PRÓX. A ARENINHA**

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MENEZES BRANDAO**  
Nascimento: **08/06/1974** CPF: **635.001.083-34** UF: **CE**  
RG: **96010048876** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **RITA MARIA MENEZES BRANDAO**  
**MANOEL DA PAZ BRANDAO**  
Endereço: **RUA MONSENHOR SABINO**  
Bairro: **CENTRO**  
Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE** CEP: **62.598-000**  
País: **BRASIL** Telefone:

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUX4503** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:  
**9C2HA050TTR001225** Renavam: **662239440** Tipo do Veículo:  
**MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/C100 DREAM** Ano Fabricação:  
**1996** Ano Modelo: **1996** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**  
Proprietário: **ROBERTO OLIVEIRA ARAGAO** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

### Histórico

O declarante qualificado compareceu nesta Delegacia e informou que dia 27/12/2018, por volta das 23h00min, estava parado no acostamento da Avenida Manoel Marques, próximo a Areninha, centro, Jijoca de Jericoacoara-CE, em sua motocicleta (HONDA/C100 DREAM, ano 1996/1996, placa HUX4503, cor VERMELHA, documentado no nome de ROBERTO OLIVEIRA ARAGAO é CPF nº 115.602.743-87), sentido centro, quando sofreu uma colisão ocasionada por um automóvel branco, do qual não se recorda o modelo; Que viu quando o referido veículo surgiu de forma inesperada detrás de um ônibus da empresa FRET CAR, quando realizava a ultrapassagem no mesmo, impossibilitando qualquer reação por parte sua; Que o declarante foi atingido na perna esquerda e caiu no chão; Que foi socorrido ao Hospital de Jijoca de Jericoacoara, de onde foi transferido para Sobral-CE, retornando na data de hoje, dia 7/1/2018; Que deseja registrar o ocorrido; E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação, ficando este cientificado.

# 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: **635.001.083-34** 4 - Nome completo da vítima: **ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO**

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

5 - Nome completo: **ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO** 6 - CPF: **635.001.083-34**  
7 - Profissão: **DESEMPREGADO** 8 - Endereço: **PR. MON SABINO** 9 - Número: **10** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **JIOCA DE JERICOACOARA** 13 - Estado: **C** 14 - CEP: **62589-000**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): **(88) 99950-3444**

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:  
 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)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **4605** **1** CONTA: **18.689** **9** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 risco (vairisco)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão 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) \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, **11 DE FEVEREIRO DE 2020, FORTALEZA-CE**

**Antônio Menezes Brandão**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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



ESTADO DO CEARÁ  
 PODER JUDICIÁRIO  
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
 CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA

Corregedor Geral - Desembargador Carlos Facundo  
 Programa - "REGISTRO CIVIL, QUESTÃO DE CIDADANIA"  
 Portaria nº 06/93-CGJ - Provimento nº 01/96-CGJ

# Certidão de Nascimento

COMARCA DE Cruz  
 TERMO JUDICIÁRIO DE Cruz  
 DISTRITO DE Cruz  
 OFICIAL(A) DO REGISTRO CIVIL:  
 Sr(a): Manoel Bernardo de Sousa

Certifico que na fl. 542, do Livro A-Especial, sob nº 1.084, do Programa "REGISTRO CIVIL, QUESTÃO DE CIDADANIA", encontra-se o Registro de Nascimento de:

NOME: Alcione Pereira da Silva

SEXO: femenino, cor morena

NASCIDO(A): ÀS 10:00 HORAS, DO DIA 02 DE maio DE 19 83.

LUGAR DO NASCIMENTO Cedro-Cruz-Cuará

FILHO(A) DE: Expedito Pereira da Silva e

Terezinha Pereira da Silva

AVÓS PATERNOS: \_\_\_\_\_ e

\_\_\_\_\_ e

AVÓS MATERNOS: Joaquim Prexede da Silva e

Luiza Stda da Silva

DECLARANTE: a mãe

REGISTRO LAVRADO NO DIA: 29-03-96

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O referido é verdade. Dou fé.

Cruz - CE, 29 de Março de 19 96

Manoel Bernardo de Sousa  
 Oficial(a) do Registro Civil

MANOEL BERNARDO DE SOUSA

00114

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:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

14/09/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320030131401

**VALOR TOTAL:**

4.725,00

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** ANTONIO MENEZES BRANDAO

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 04605

**CONTA:** 000010018689

---

---

**Número da Autenticação**

CAF155E2250DB7D9

**Nº DO CLIENTE****2666596**

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei Nº 10.438  
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3**enel****CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº****580366492**

Rota 17 35120 08 005100 - 7

Data de Emissão 24/06/2019

Nome RITA MARIA DE MENEZES BRANDAO

End. Postal PR MON SABINO 00010

CENTRO - J. DE JERICOACOARA - 62598000

Medidor 11407036

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 730291903-82

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2019	24/06/2019	26/07/2019

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja e legenda no verso desta conta.

Conjunto: **CRUZ**  
Mês: **Abr/2019** EUSD 38,30

DICRI = 0,00 P

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
103,43	27,00%	27,92

Padrão Individual | Apuração Individual

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	10,30	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			0,00		

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

D78F.28C9.F5F5.5EE4.24BB.84CA.B777.D709

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. FeL	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 27384	27249	1,00	135	135	8,76621	183,43
24/06/19	24/05/19		31 DIAS	135		183,43

**DESCRIÇÃO**

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	103,43
MULTA MORATORIA REF 05/2019	2,35
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,54
JUROS DO MES	1,34
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,74



1. Preencha esta ficha em 3 vias  
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: UBS Sede 02 Município: Jijoca  
 Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_

Nome: Antonio Menezes Brandão Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M  F  Data de Nascimento: 08/06/74 Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Projeção Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Encaminhamento ao Ortopedista para retorno progra-  
mado.

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

Consulta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

*Dr. Antônio Cunha*  
 20112800E

Assinatura do Encaminhante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data 27/03/19 Hora \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Unidade de referência: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para seguimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Consultante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(\*) Utilizar também como resumo de alta

CONTIUS WEB  
RESUMO DO ATENDIMENTO  
Clique em voltar para retornar

Paciente  
PACIENTE  
DATA DE NASCIMENTO-IDADE  
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
NOME DA MÃE  
Internação  
NÚMERO  
DATA-HORA  
MUNICÍPIO  
ESTABELECIMENTO  
PROFISSIONAL SOLICITANTE  
DIAGNÓSTICO  
PROCEDIMENTO  
CLÍNICA  
TIPO DE LEITO  
CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
GRAU DE PRIORIZAÇÃO  
PRINCIPAIS SINAIS E  
SINTOMAS CLÍNICOS  
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM  
A INTERNAÇÃO  
PRINCIPAIS RESULTADOS DE  
PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANTONIO MENEZES BRANDAO  
08/06/1974 - 45 anos  
JUJOCA DE JERICOACOARA  
RITA MARIA MENEZES BRANDAO

13440106200

SOBRAL

3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

01130608305 - JOSE MAURO RIOS NETO

5822 - Fratura da diáfise da tíbia

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MASCULINO

3 - URGEMÊNCIA A91 EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

5 - INTERNAÇÃO LOCAL

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO,ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO,ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO,ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Voltar







...VA CRISTALIZA  
USO PROFESSION





**PREFEITURA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA**  
Adm: AMAMOS E CUIDAMOS

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: UBS Sede Município: Jijoca  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Nome: Antonio Menezes Brandas Prontuário Nº \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Data de Nascimento: 08/06/74 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: R. Provetula 01 - SN Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Encaminhamento para retorno programado

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

Just. Fratura em MIE

Consulta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: [Assinatura]  
Médico Dir. Menezes Cunha  
Nº Registro MS 7301239/CE

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data 07/01/19 Hora \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

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

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº \_\_\_\_\_ Alta / /

Município: \_\_\_\_\_

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

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

Diagnóstico Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para seguimento \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data / /

(\*) Utilizar também como resumo de alta



**Ministério do Desenvolvimento Agrário**  
Secretaria de Agricultura Familiar  
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

## Declaração de Aptidão ao Pronaf

### Extrato de DAP

Chave do extrato: 5867367210486974

Emitido em: 26/02/2019 às 11:13:59

#### Informações Gerais

DAP: CE01600121190220010701278	Versão DAP: 1.8.2	Enquadramento: B
Emissão: 06/03/2013	Validade: 06/03/2019	Município/UF: Cruz/CE
Última Versão: Sim	DAP Válida: Sim	DAP Expirada: Não

#### Titular(es)

Nome: ANTONIO MENEZES BRANDAO	Nome: ALCIONE PEREIRA DA SILVA
CPF: 635.001.083-34	CPF: 016.028.383-30

#### Categoria

Demais agricultores familiares

#### Condição e posse de uso da terra

Proprietário/a

#### Emissor da DAP

Emissor: EMP DE ASSIST TEC E EXT RURAL DO EST DO CE EMATERCE	CNPJ: 05.371.711/0001-96
Nome do Responsável: JOSÉ MARQUES CORDEIRO	CPF: 090.430.803-06

A autenticidade e veracidade deste documento poderá ser comprovada por meio do endereço:

<http://dap.mda.gov.br>

*José Marques Cordeiro*  
TEC. AGRÍCOLA-CREA 26.587



**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**JIJOCA DE JERICOACOARA**  
ANIMAMOS E CELEBRAMOS

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: UBS Sade 02 Município: Jerico  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Nome: Antonio Mendes Brandao Prontuário Nº \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nascimento: 08/06/74 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Paqueta Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Pai: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Encaminhado ao Ortopedista para retorno progra-  
modo

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

Consulta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

*Handwritten signature and stamp*

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data 27/03/19 Hora \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_

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

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

Diagnóstico Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para seguimento \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(\*) Utilizar também como resumo de alta



**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**JIJOCA DE JERICOACOARA**

Adm: AMAMOS E CUIDAMOS

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: Hospital Municipal

Distrito Sanitário: 12 = CRES / Jijoca Município: Jijoca de Jericoacoara

Nome: Antônio Benedito Brandão Prontuário N° \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Data de Nascimento: 08/06/69 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: # Quente, 44a, O, vítima de acidente há 03 meses

Suspeito de fratura entorseada (luxação de ligamentos em

Resultado de Exames: sem

Consulta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função médica Data 28/05/19 Hora \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

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

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_ Alta / /

Município: \_\_\_\_\_

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

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

Diagnóstico Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para seguimento \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data / /

(\*) Utilizar também como resumo de alta

## RESUMO DO ATENDIMENTO

Clique em Voltar para retornar.

Paciente	ANTONIO MENEZES BRANDAO
PACIENTE	08/06/1974 - 45 anos
DATA DE NASCIMENTO-IDADE	JUOCA DE JERICÓ DO CARÁ
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	RITA MARIA MENEZES BRANDAO
NOME DA MÃE	
Internação	
NÚMERO	13440106690
DATA-HORA	
MUNICÍPIO	SOBRAL
ESTABELECIMENTO	3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
PROFISSIONAL SOLICITANTE	21857562320 - ANTONIO AGOSTINHO MOURA
DIAGNÓSTICO	L97 - Úlcera dos membros inferiores não classificada em outra parte
PROCEDIMENTO	0415040035 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
CLÍNICA	15 - CIRURGICO - PLASTICA
TIPO DE LEITO	MASCULINO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	5 - INTERNAÇÃO LOCAL
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

[Voltar](#)

MASCULINO - DEBRIDAMENTO DE ULCERA

15 - CIRURGICO - PLASTICA

MASCULINO

MASCULINO - DEBRIDAMENTO DE ULCERA

ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA

EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

ANEXOS WEB  
RESUMO DO ATENDIMENTO  
Clique em voltar para retornar.

Paciente  
PACIENTE  
DATA DE NASCIMENTO-IDADE  
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
NOME DA MÃE  
Internação  
NÚMERO  
DATA-HORA  
MUNICÍPIO  
ESTABELECIMENTO  
PROFISSIONAL SOLICITANTE  
DIAGNÓSTICO  
PROCEDIMENTO  
CLÍNICA  
TIPO DE LEITO  
CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
GRAU DE PRIORIZAÇÃO  
PRINCIPAIS SINAIS E  
SINTOMAS CLÍNICOS  
PRINCIPAIS RESULTADOS DE  
PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANTONIO MENEZES BRANDAO  
08/06/1974 - 45 anos  
JUJUCA DE JERICOACOARA  
RITA MARIA MENEZES BRANDAO

13440106209

SOBRAL

3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

01135068305 - JOSE MAURO RIOS NETO

5822 - Fratura da diáfise da tibia

0488050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MASCULINO

5 - URG/EMERGÊNCIA A/H EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

5 - INTERNAÇÃO LOCAL

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

01135068305 - JOSE MAURO RIOS NETO

5822 - Fratura da diáfise da tibia

0488050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

01135068305 - JOSE MAURO RIOS NETO  
5822 - Fratura da diáfise da tibia  
0488050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MASCULINO  
5 - URG/EMERGÊNCIA A/H EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO  
5 - INTERNAÇÃO LOCAL  
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR





## HOSPITAL MUNICIPAL GABRIEL BRANDÃO DE SOUSA

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direitos ou a quem possa interessar que **ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO** deu entrada nessa unidade de saúde no dia 27 de novembro de 2018, sendo vítima de acidente moto/ciclístico, apresentando fratura exposta em membro inferior esquerdo (MIE), realizado os procedimentos de emergência, e em seguida encaminhado para **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**, a partir das informações contidas nesta declaração antecipa votos de estima e consideração.

Jijoca de Jericoacoara, 20 de agosto de 2019.

Atenciosamente

*Maria Ineuda da Silva Rodrigues*

Maria Ineuda da Silva Rodrigues  
Diretora administrativa

M<sup>te</sup>. Ineuda da Silva Rodrigues  
Diretora Administrativa do  
Hospital de Jijoca de Jericoacoara



...VA CRISTALIZA  
USO PROFESSION







**Ministério do Desenvolvimento Agrário**  
Secretaria de Agricultura Familiar  
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

## Declaração de Aptidão ao Pronaf

### Extrato de DAP

Chave do extrato: 5867367210486974  
Emitido em: 26/02/2019 às 11:13:59

#### Informações Gerais

DAP: CE01600121190220010701278	Versão DAP: 1.8.2	Enquadramento: B
Emissão: 06/03/2013	Validade: 06/03/2019	Município/UF: Cruz/CE
Última Versão: Sim	DAP Válida: Sim	DAP Expirada: Não

#### Titular(es)

Nome: ANTONIO MENEZES BRANDAO	Nome: ALCIONE PEREIRA DA SILVA
CPF: 635.001.083-34	CPF: 016.028.383-30

#### Categoria

Demais agricultores familiares

#### Condição e posse de uso da terra

Proprietário/a

#### Emissor da DAP

Emissor: EMP DE ASSIST TEC E EXT RURAL DO EST DO CE EMATER/CE	CNPJ: 05.371.711/0001-96
Nome do Responsável: JOSÉ MARQUES CORDEIRO	CPF: 090.430.803-06

A autenticidade e veracidade deste documento poderá ser comprovada por meio do endereço:  
<http://dap.mda.gov.br>

*José Marques Cordeiro*  
TEC. AGRÍCOLA-CREA 76.587



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
JIJOCA DE JERICOACOARA

HOSPITAL MUNICIPAL GABRIEL BRANDÃO DE SOUSA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direitos ou a quem possa interessar que **ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO** deu entrada nessa unidade de saúde no dia 27 de novembro de 2018, sendo vítima de acidente moto ciclístico, apresentando fratura exposta em membro inferior esquerdo (MIE), realizado os procedimentos de emergência, e em seguida encaminhado para **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**, a partir das informações contidas nesta declaração antecipa votos de estima e consideração.

Jijoca de Jericoacoara, 20 de agosto de 2019.

Atenciosamente

Declaro para os devidos fins de direitos ou a quem possa interessar que **ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO** deu entrada nessa unidade de saúde no dia 27 de novembro de 2018, sendo vítima de acidente moto ciclístico, apresentando fratura exposta em membro inferior esquerdo (MIE), realizado os procedimentos de emergência, e em seguida encaminhado para **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**, a partir das informações contidas nesta declaração antecipa votos de estima e consideração.

*Maria Ineuda da Silva Rodrigues*

Maria Ineuda da Silva Rodrigues  
Diretora administrativa

M<sup>te</sup> Ineuda da Silva Rodrigues  
Diretora Administrativa do  
Hospital de Jijoca de Jericoacoara



**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**JIJOCA DE JERICOACOARA**  
Adm: AMAMOS E CUIAMMOS

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: UBS Sede Município: Jijoca  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Nome: Antonio Menezes Brandas Prontuário N° \_\_\_\_\_  
Sexo:  M  F Data de Nascimento: 08/06/74 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: R. Projeteada 01 - SAU Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Pai: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Encaminhamento para retorno programado

Resultado de Exames: Just: Fratura em MIE

Consulta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data 07/01/19 Hora \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_  
Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_

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

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

Diagnóstico Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para seguimento  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(\*) Utilizar também como resumo de alta



**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**JIOCA DE JERICOACOARA**

Adm: AMAMOS E CUIDAMOS

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: Hospital Municipal

Distrito Sanitário: 12 - CREAS / Acauã Município: Jijoca de Jericoacoara

Nome: Antônio Genapo Brandão Prontuário N° \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Data de Nascimento: 08 / 06 / 69 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

# Cliente, 41a, O, vítima de acidente há 03 meses  
Solicitado auxílio ortopédico (dirigidos de Eligavox em

Resultado de Exames: perna (E)

Consulta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função psíquica Data 28 / 05 / 19 Hora \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

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

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de referência: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_ Alta / /

Município: \_\_\_\_\_

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

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

Diagnóstico Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para seguimento \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data / /

(\*) Utilizar também como resumo de alta

UNISUS WEB

RESUMO DO ATENDIMENTO

Clique em Visitar para retornar.

Paciente

PACIENTE

ANTONIO MENEZES BRANDAO

DATA DE NASCIMENTO-IDADE

08/06/1974 - 43 anos

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUOCA DE JERICÓ/CACARA

NOME DA MÃE

RITA MARIA MENEZES BRANDAO

Informação

NÚMERO

13440108900

DATA-HORA

-

MUNICÍPIO

SOBRAL

ESTABELECIMENTO

3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE

2186790320 - ANTONIO AGOSTINHO MOURA

DIAGNÓSTICO

1.97 - Úlcera dos membros inferiores não classificada em outra parte

PROCEDIMENTO

0418040036 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

CLÍNICA

18 - CIRURGICO - PLASTICA

TIPO DE LEITO

MASCULINO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URGEMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

3 - INTERNAÇÃO LOCAL

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE-EXAME FISICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE-EXAME FISICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE-EXAME FISICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

Visitar

18 - CIRURGICO - PLASTICA

RESOLUÇÃO

ANAMNESE-EXAME FISICO

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO

EXTENSA NA PERNA ESQUERDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 96010048876

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 18/06/2019

NOME  
ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO

FILIAÇÃO  
MANOEL DA PAZ BRANDÃO

RITA MARIA MENEZES BRANDÃO

NATURALIDADE  
CRUZ - CE

DATA DE NASCIMENTO  
08/06/1974

DOC. ORIGEM  
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 0027263 FOLHA:  
00000269 LIVRO: A00023 ACARAÚ - CE  
CPF 635.001.083-34

2 VIA

*Franklin Roberto Fagundes de Azeite*

P.: 142

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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



**POLEGAR DIREITO**



**PROIBIDO PLASTIFICAR**

*ANTONIO MERCEZES BRANDÃO*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200301314

**Cidade:** Jijoca de Jericoacoara

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANTONIO MENEZES BRANDAO

**Data do acidente:** 27/12/2018

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 08/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 MEMBRO INFERIOR  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** OBS: PAG. 3/7/13/15/16/17.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200301314 **Cidade:** Jijoca de Jericoacoara **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO MENEZES BRANDAO **Data do acidente:** 27/12/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 08/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 MEMBRO INFERIOR  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** OBS: PAG. 3/7/13/15/16/17.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236322/20

**Vítima:** ANTONIO MENEZES BRANDAO

**CPF:** 635.001.083-34

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 27/12/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO MENEZES BRANDAO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO MENEZES BRANDAO : 635.001.083-34**

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](http://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: 21/08/2020  
Nome: ANTONIO MENEZES BRANDAO  
CPF: 635.001.083-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2020  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

ANTONIO MENEZES BRANDAO

ANDERSSON COSTA SILVA