



Mônica Almeida

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

BOUVANNA SILVA SILVA, brasileira, divorciada, residente no Bairro Mourão, Fortaleza - CE

OUTORGANTE: Anna Carolina Souza Alves brasileiro(a),
estado civil solteira, profissão advogada inscrito(a) sob o CPF nº _____
e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua 07, nº 380,
Bairro Mourão, na cidade de Fortaleza, telefone (85) 9823413017
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: **MÔNICA ALMEIDA DA SILVA**, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº **25.813**, sócia da **MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº **24.878.656/0001-70**, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº **1219**, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas as intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 99811.1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei nº 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 23 de Abr de 2018.

Anna Carolina Souza Alves

OUTORGANTE

Fortaleza-CE

85 99811.1818 | monicaalmeida.adv@gmail.com



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



fls. 8

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 535 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2018 09:39:28**
Data / Hora da Ocorrência: **19/12/2017 16:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA POEBLA**
Complemento:
Bairro: **PQ. POTIRA / JUREMA** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

LIBIA COFRETORE DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GEOVANNA SOUZA SILVA**
Nascimento: **22/06/2012** CPF:
REGISTRO CIVIL: **53629** Orgão Emissor: **CARTÓRIO**
Filiação: **ANA CRISTINA SOUZA ALVES**
FRANCISCO WAGNER DA SILVA
Endereço: **RUA 7, 380 LOTEAMENTO ARVOREDO**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

ASS:

UF: **CE**

DOCUMENTO ORIGINAL

CEP:

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **ANA CRISTINA SOUSA ALVES**
Nascimento: **22/06/1974** CPF: **457.326.983-53**
RG: **95008014597** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **RITA DE CASSIA SOUSA**
FRANCISCO DE SOUZA ALVES
Endereço: **RUA 7, 380 LOTEAMENTO ARVOREDO**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:

Telefone: **(85) 98734-3917**

Histórico

Informa a noticiante que no dia, hora e local acima citados estava acompanhada de sua filha GEOVANA SOUZA SILVA, 05 anos, a qual foi atropelada por um motoqueiro que tentava assaltar a noticiante e sua filha; QUE devido GEOVANNA ter ficado lesionada em razão do atropelamento, o bandido ficou muito nervoso e foi embora sem concluir o roubo; QUE não se recorda da placa da motocicleta referida; QUE sua filha GEOVANNA foi socorrida imediatamente ao Hospital Luiz de França, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos, sendo em seguida encaminhada ao Hospital Antonio Prudente para ser atendida por Traumatologista; QUE sua filha GEOVANNA retornou ao Hospital Luiz de França para ser submetida a procedimento cirúrgico no tornozelo direito. Nada mais disse.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 196853-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Instituto sm: 198222952 10:01:38

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/04/2018 às 17:35, sob o número 01276375920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0127637-59.2018.8.06.0001 e código 35BBD71.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



fls. 9

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 535 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS SILVA MACHADO - MAT.: 300547-1-7

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018
ASS: _____

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Pág. 2 de 2

Impressão em: 15/02/2018 10:01:30



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



Cartório do Registro
Civil de Mondubim
Rua Clemente Silva 251
Mondubim, Fortaleza/CE

Certidão de Nascimento

Nome:

GEOVANNA SOUZA SILVA

Matrícula:

018515 01 55 2012 1 00061 228 0053629 25

Data de nascimento (por extenso) vinte e dois de junho de dois mil e doze		Dia 22	Mês 06	Ano 2012
Hora de nascimento 19h40min	Município de nascimento e UF Fortaleza/CE			
Município de registro e UF Mondubim, Fortaleza/CE Estado do Ceará	Local de nascimento HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE		Sexo Feminino	
Filiação FRANCISCO WAGNER DA SILVA, natural de Russas/CE e ANA CRISTINA SOUZA ALVES, natural de Fortaleza/CE				
Avós Francisco José da Silva e Maria Lília da Silva (paternos) e Francisco de Souza Alves e Rita de Cássia Souza (maternos)				
Gêmeos Não	Nome e matrícula do(s) gêmeo(s) Nada consta.			
Data do registro (por extenso) quatro de julho de dois mil e doze		Nº DNV (Declaração de nascido vivo) 30-059579939-8		
Observações/Averbações Registro lavrado no Livro A-61, às fls 228, sob o número 53629.				
Nome do ofício Cartório do Registro Civil de Mondubim		O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé. Mondubim, Fortaleza/CE, 4 de julho de 2012		
Oficial registrador Maria Mirtes Colares de Melo				
Município/UF Mondubim, Fortaleza/CE/Estado do Ceará				
Endereço Rua Clemente Silva 251 A Maraponga				

LÍLIA CORRETORA DE REG. LTDA.
21 FEV. 2018
ASS: _____

Maria Mirtes Colares de Melo Sindenax
Substituta

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

19/12/2017 19:15

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA	Di. Nasc.: 22/06/2012	Atendimento: 47543458	Prontuário: 9276280
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): MONIQUE MONT ALVERNE BEZERRA CRM 14264 [1]	Nº: 17448613	19/12/2017	às 19:07

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANAMNESE

Queixa Principal

5 ANOS, PESO=17.4KG, COM QUADRO DE HÁ 2 HORAS TRAUMA CONTUSO EM ~~MOTOCICLETA~~ EM PÉ DIREITO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

[1]

BEG, EUPNEICA, AFEBRIL, HIDRATADA, ALERTA
ORF: LEVE HIPEREMIA SEM FOCO EXSUDATIVO
AC: RCR, 2T, BNF, SS
AP: MVU SEM RA
EDEMA E DOR A MOBILIZAÇÃO EM TORNOZELO DIREITO

CD: PROFENID AGORA + RAIO X

Queixa Principal

CID10 S900 CONTUSAO DO TORNOZELO [1]

CID10 S900 CONTUSAO DO TORNOZELO [1]

CID10 S903 CONTUSAO DO TORNOZELO [1]

Lidia CORRETORA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018
ASS: _____



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para a SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

GEUVANNA SOUZA SILVA

CPF da Vítima

45732698353

Data do Acidente

19/12/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

AND CRISTINA SOUSA AUES

CPF do Representante legal

45732698353

Email

RACUSO

Telefone (DDD)

085987343917

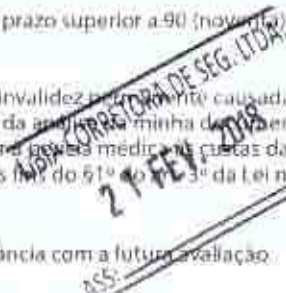
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Cum o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanentemente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º e 53º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ASS:  21 FEB 2018

FORTALEZA, 20 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

TE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9276280	GEOVANNA SOUZA SILVA	F	22/06/2012	5
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
5008014597 SSP CE	45732698353			2-SOLTEIRO
Endereço				
7,380 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 60752370				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
87343917				

DADOS DO CONVENIO

Convênio		
532 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO INDIVIDUAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
1PH5000001023047		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
135300-RECEPCAO EMG PED - HILF			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
19/12/2017	18:49		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2088487 MONIQUE MONT ALVERNE BEZERRA			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018

ASS:

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

11/01/2018 17:38:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9276280	GEOYANNA SOUZA SILVA	F	22/06/2012	5
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
95008014597 SSP CE	45732698353			2-SOLTEIRO
Endereço				
R 7,380 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 60752370				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
87343917				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	ANA CRISTINA SOUZA ALVES	
3532 HAPVIDA MATRIZ	2 PLANO INDIVIDUAL APARTAMENTO -	COLETIVO
Carteira	Validade	
01PH500000102304700		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
135300-RECEPCAO EMG PED - HILF			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
20/12/2017	06:01		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
30601444 ANA CAROLINA DA S. BEZERRA			3-PEDIATRICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

Luia CORRETORA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES-FORTE

11/01/2018 17:37

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA	Dt. Nasc.: 22/06/2012	Atendimento: 47545972	Prontuário: 9276290
Convênio: NAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA PEDIATRIA	Leito: 135211/11	
Profissional(is): ANA CAROLINA DA S. BEZERRA CRM 11751 (1)	Nº: 17457329	20/12/2017	às 06:08
ANAMNESE			
Queixa Principal	Criança com fratura de pé direito. Aguarda procedimento cirúrgico. Bom estado geral. Nega alergias. (1)		
Queixa Principal			
CID10	S820 FRAT DO PE NE (1)		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

Nota CORRETORA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018
Ass: _____

20/12/2017 10:09:26

PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
276280	GEOVANNA SOUZA SILVA	F	22/06/2012	5
CPF		Carteira Profissional	Estado Civil	
008014597 SSP CE		45732698353	2-SOLTEIRO	
Endereço				
7 380 MONDUBIM FORTALEZA-CE CEP:60752370				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
87343917		ANA CRISTINA SOUZA ALVES		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
35300-RECEPCAO EMG PED - HILF			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
0/12/2017	10:02		Clinica
Médico Atendente		3-PEDIATRICA	
1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES		Tipo Atendimento	
Médico Acompanhante		0 INTERNAÇÃO	
1888927 ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES			
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	COLETIVO
3532-HAPVIDA MATRIZ	ANA CRISTINA SOUZA ALVES	
Carteira	Validade	
01PH5000001023047		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
POSTO INTERNAÇÃO EMERGENCIA	ENFHLF ENFERMARIA PED	05
N. Guia	Procedimento	Senha
25346404	99996666	C56601744
25346404	30729157	C56601744
25346404	30729190	C56628913
25346404	30732026	C56616653
Descrição		
INTERNAÇÃO		
FRATURA E/OU LUXACOES DO PE (EXCETO ANTEPE) - TRATAMENTO		
CIRURGICO		
OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO		
CIRURGICO		
ENXERTO OSSEO		

Luisa CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018

NOTA DE SALA

4361472

Identificação:	47554966	Prontuário:	9276290	GEOVANNA SOUZA SILVA		HÁPVIDA MATRIZ
Região(s):	30720157	FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PE (EXCETO ANTEPE) - [Tipo Anestesia: GERAL				
	30720190	OSTEOTOMIA O./PSEUDARTROSE DO TARSO 30732026 ENXERTO OSSEO				
	E MEDIO PE - TRATAMENTO CIRURGICO					
Cirúrgica:	SALA 03 - CC		Setor Emissor:		FARMACIA CENTRO CIRURGICO - Apto.:	
pe Médica:	CIRURGIÃO	903400	BRUNO DE BRITO BOTELHO		CRM	9320
	ANESTESISTA	1527045	AUGUSTO CESAR OLIVEIRA ARAUJO		CRM	11156
	CIRCULANTE	3378586	PRISCILA SILVA DE SOUZA		COREN	1027428
	INSTRUMENTADORA	2831716	MARIA VIVIANE SANTANA		COREN	1000965

Quantidade	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
	Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos	
	ÁGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	34290	ÁGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	1
	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	1	35811	DECADRON 1 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
	AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD	2	38038	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	1
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	339923	PENTANE 2ML AMPL 2 ML	2
	ALCOOL 70% IODADO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	1
	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD	1
	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2	134164	NOVABUPI CIAD 0.5% FRAP 1 UD	1
	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1	41584	PLAMET 10MG AMPL 2 ML	1
	BANDAGEM COBAN ROLO 450 CM	20	77593	SEVORANE 250ML FRAS 250 ML	3
	CATETER INTRA VENOSO 24 (JELCO) - 1 UD	1	43765	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 750 ML TUBO 250 ML	2
	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	35560	SYLADOR 50MG AMPL 1 ML	1
	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200			
	CLOREXEDINA DERMNANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	300			
	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/S UD - 1 UD	2			
	ELETRODO PIMONITOR DESCARTAVEL - 1 UD	3			
	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			
	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50	18	Gases / Anestésicos	
	EXTENSOR 40 CM PINEO C/2 VIAS - 1 UD	1	4	TAXA DE SALA	Início: 17:15 Fim: 17:50
	FIO MONOCRYL (XY426H) - MONOCRYL UND 4 - 1 UD	1	7	TRÉPANO	Início: 17:15 Fim: 17:50
	FIO DE KIRSCHNER Nº 1.5 - 1 UD	4	20	CAPINOGRFO	Início: 17:15 Fim: 17:50
	GATE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3	16	OXIGÊNIO	Início: 17:15 Fim: 17:50
	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	4	17	MONITORIAÇÃO	Início: 17:15 Fim: 17:50
	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1	21	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	Início: 17:15 Fim: 17:50
	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5	22	AR COMPRIMIDO	Início: 17:15 Fim: 17:50
	LUVA DESC ESTERIL 7.0 MUCAMBO - 1 PA	2		OXIMETRO DE PULSO	Início: 17:15 Fim: 17:50
	LUVA DESC ESTERIL 8.0 MUCAMBO - 1 PA	1			
	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	4			
	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	60			
	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	4			
	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1			
	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
	TORNEIRA 33 VIAS - 1 UD	2			
	TRANSOFIX - 1 UD	1			

LOJA CORRETORA DE SEG. UDA
21 FEV. 2019
Ass: _____

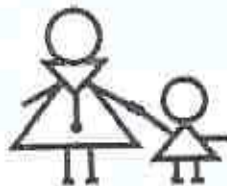
20/12/2017 17:03

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA	Di. Nasc.: 22/06/2012	Atendimento: 47554966	Prontuario: 9276280
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 02	Leito: L2009/1	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 (1)	Nº: 17478470	20/12/2017	às 17:02
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S923		(1)
Diagnóstico Cirúrgico	S923		(1)
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	20/12/2017		(1)
Hora Da Cirurgia	17:02		(1)
Cirurgia	trat. cir. fratura do pé osteotomia do pé enxerto osseo		(1)
Cirurgião	Dr Bruno Botelho		(1)
Anestesiata	Dr Augusto Cesar		(1)
Descrição Cirúrgica	Decúbito dorsal Assepsia e antisepsia Acesso dorsal ao pé Divisão por planos Osteotomia do pé Redução dos fragmentos Controle radiográfico Estabilização com fios k cruzados Enxertia ossea Hemostasia + limpeza Sutura por planos Curativo estéril Imobilização gessada		(1)
Códigos Dos Procedimentos	30729157 30729190 30732026		(1)

Loia CORRETORA DE SEC. LTDA
21 FEV. 2018
ASS: _____

FICHA DE ANESTESIA



Nome: Giovanna Sampaio Silva Data: 21.01.2018
 Idade: 30 Sexo: F M ()
 Prontuário: 12450 Convênio: Unimed
 Diagnóstico: Fratura Completa
 Cirurgia: Fratura Completa Anestesia: Via Intravenosa
 Cirurgião: P. Almeida ASA: II

A	HORA
G	O ₂
E	N ₂ O
N	Air
T	
E	
S	

LIQUIDOS: 12450
 CARDIOSCOPIO: 12450
 PRESSÃO NÃO INVASIVA: 12450
 CAPNOGRAFO: 12450
 OXIMETRO DE PULSO: 12450
 PRESSÃO INVASIVA: 12450

SAT O ₂	ETC O ₂	PVC
220		
200		
180		
160		
140		
120		
100		
80		
60		
40		
20		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

LIQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO

Condição final op: Ass. Anestesiado
 Intercorrências per. op: Ass. Anestesiado
 Ass. Anestesiado: CRM 11150

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

DIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

20/12/2017 11:00

Nome:	GEOVANNA SOUZA SILVA	Dt. Nasc.:	22/06/2012	Atendimento:	47554966	Prontuário:	9276280
Endereço:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	POSTO INTERNAÇÃO EMERGENCIA	Leito:	ENFHLF/5		
Sinal(is):	ISA AGUIAR MARTINS SCHMITZ, MÉDICO, CRM 14710 (R)	Nº:	17465590	20/12/2017	às	10:57	
IDENTIFICAÇÃO							
Nome	GEOVANNA SOUZA SILVA						(1)
Sexo	Feminino						(1)
Idade	5 A 5 M						(1)
Data De Nascimento	22/06/2012						(1)
Nº Atendimento	47554966						(1)
DADOS DO PACIENTE							
DADOS DA INTERNAÇÃO							
CID10 Primário	S929 FRAT DO PE NE						(1)
Aguda	Sim						(1)
COMORBIDADES							
NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA							
Muito Dependente	Sim						(1)
NOTIFICAÇÃO DOS RISCOS							
ATIVIDADES TERAPÊUTICAS							
Principal	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA						(1)
Famíliares Cientes Do Plano Terapêutico	SIM						(1)
ATIVIDADES MULTIDISCIPLINARES							
PERMANÊNCIA HOSPITALAR							
Total De Dias	5 Dias						(1)

Dr. Aguiar Martins Schmitz
Médico
CRM 14710 (R)

LUIZ CORRETORA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018

ASS: _____

ADMISSÃO POSTO-CLÍNICO CIRÚRGICO

Página 1 de 1

NDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

20/12/2017 11:03

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA

Dt. Nasc.: 22/06/2012

Atendimento: 47554968

Prontuário: 9276280

Paciente: HAPVIDA MÂTRIZ

Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: ENFHLF/5

Responsável(s): ISA AGUIAR MARTINS SCHMITT, MEDICO, CRM 14710 (1)

Nº: 17465855 20/12/2017 às 11:02

ANAMNESE

OBJETIVO:

Motivo De Admissão Na Unidade

MENOR COM FRATURA DE MÃO APOS TRAUMA COM MOTO.
AVALIADA PELA ORTOPEdia QUE OPTA POR ABORDAGEM
CIRURGICA.
NEGA ALERGIAS.

(1)

CD INTERNAÇÃO PARA CORREÇÃO ORTOPEdICA
JEJUM + IV + SINTOMATICOS



LOJA CORRETORA DE SEG. LTDA
21 FEV. 2018

ASS:

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1 fls. 22

20/12/2017 17:01

TENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA

Dt. Nasc.: 22/06/2012

Atendimento: 47554956

Prontuário: 9276280

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 02

Leito: L2009/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 (1)

Nº: 17478362 20/12/2017 às 16:59

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

Paciente com fratura de Lis Franc do pé direito, internada para tratamento cirúrgico. Procedimento realizado sem intercorrências. Segue para recuperação anestésica a se não houver intercorrências, amanhã (21/12) previsão de alta hospitalar.

(1)

CID 10

S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO

(1)

Julia CORRETOIRA DE S&G LTDA.
21 FEV. 2018

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILE

21/12/2017 10:2

Paciente:	GEOVANNA SOUZA SILVA	Dt. Nasc.:	22/06/2012	Atendimento:	47554966	Prontuário:	9276280
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	POSTO 02	Leito:	L2009/1		
Profissional(is):	BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 (1)			Nº:	17497701	21/12/2017	às 16:18

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	Pos-op de fratura do pé, evoluindo estável, afebril, ppp, pouca dor, ainda com edema, boa perfusão distal. Com orientações de medicação para o domicílio, curativos e retorno. Alta Hospitalar.	(1)
CID 10	S82.3 FRAT DE OSSOS DO METATARSO	(1)
ACESSO ALIMENTAÇÃO ENTERAL		
SOG	Sim	(1)

Unia CORRETORA DE SEG. LTDA
21 FEV. 2018
ASS: _____

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

21/12/2017 10:20

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA

Dt. Nasc.: 22/06/2012

Atendimento: 47554966

Prontuário: 9276280

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 02

Leito: L2009/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 8329 (1)

Nº: 17497701 21/12/2017 às 10:18

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

Pós-op de fratura do pé, evoluindo estável, afebril, ppp, pouca dor, ainda com edema, boa perfusão distal. Com orientações de medicação para o domicílio, curativos e retorno. Alta Hospitalar.

(1)

CID 10

S923-FRAT DE OSSOS DO METATARSO

(1)

ACESSO ALIMENTAÇÃO ENTERAL

SOG

Sim

(1)

Lidia CORRETOIRA DE SCS LTDA
21 FEV. 2018
SSS

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

20/12/2017 17:19

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA

Dt. Nasc.: 22/08/2012

Atendimento: 47554966

Prontuário: 9276280

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 02

Leito: L2009/1

Profissional(s): PRISCILA SILVA DE SOUZA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 102742B

Nº: 17478859 20/12/2017 às 17:14

[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente	Sim	[1]
Prontuário Ativo	Sim	[1]
Opme Checado	Não se aplica.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	Sim	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não	[1]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	Sim	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	Não	[1]
Via Aérea Difícil / Risco De Aspição	Não	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Membros da Equipe Cirúrgica	Sim	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda	[1]
Paciente Certo	Sim	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	Sim	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	Sim	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim	[1]
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	Sim	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	Sim	[1]

AO TERMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros	Sim	[1]
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	Sim	[1]
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	Sim	[1]
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	Não se aplica	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	Sim	[1]
Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	Não	[1]
Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas	Não	[1]

DATA CORREÇÃO DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018

Prontuário 10/19/23

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

DIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

20/12/2017 08:50

Nome: GEOVANNA SOUZA SILVA Dt. Nasc.: 22/06/2012 Atendimento: 47545972 Prontuário: 9276280
 Mãe: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA PEDIATRIA Leito: 135211/11
 Sinal(iz): MARIA GLAUBIA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 428511 (1) Nº: 17457650 20/12/2017 às 06:47

OS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/12/2017	(1)
Hora Da Cirurgia	a combinar	(1)
Cirurgia	FRATURA DE MEMBRO INFERIOR D	(1)
Equipe Cirúrgica	DRO BRUNO	(1)
ES DE ENCAMINHAR AO CC		
Sector De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA	(1)
Identidade Do Paciente	Sim	(1)
Autorização Do Paciente	Sim	(1)
Avaliação Pré-Anestésica	Não	(1)
Informação De Lateralidade Pelo MA	Não se aplica	(1)
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica	(1)
Exames Complementares	Sim	(1)
Exames Radiológicos	Sim	(1)
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Não	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Não	(1)
Confirmação De Reserva De Sangue	Não	(1)
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não se aplica	(1)

Glaucia Carneiro
 LUIZ CORREIA MATOS LTDA
 COREN-CE 428.511
 21 FEV. 2018

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

20/12/2017 17:37

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA	Dt. Nasc.: 22/05/2012	Atendimento: 47554866	Prontuário: 9276280
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 02	Leito: L2009/1	
Profissional(is): PRISCILA SILVA DE SOUZA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1027420 (1)	Nº: 17479106	20/12/2017	às 17:21

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome, dosagem, frequência	Sem medicações	(1)
Alergia- Descrição	Nega alergias	(1)

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	Priscila e Viviane	(1)
Hora	17:10h	(1)
Sala	03	(1)
Condições Da Pele ao início da cirurgia	Comprometida	(1)
Início Da Anestesia	17:15h	(1)
Término Da Anestesia	17:50h	(1)
Início Da Cirurgia	17:15	(1)
Término Da Cirurgia	17:50h	(1)
Instrumentador	Viviane	(1)
Circulante	Priscila	(1)
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal	(1)
Membro Ou Lado A Ser Operado	Direita	(1)
Quantidade De Compressas Utilizadas No Início	10 UD	(1)
Quantidade De Compressas Utilizadas No Término	10 UD	(1)
Medicações/hora	Kefazol 17:15h/ Dexametasona 17:20h / Dipirone 17:22h	(1)
Clorexedine Alcoólico	Sim	(1)
Clorexedine Degermante	Sim	(1)
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	Conforme procedimento	(1)
Grau De Contaminação	Limpa	(1)
Encaminhamento Do Paciente	SRPA	(1)
Encaminhamento Do Paciente		(1)
Horário De Saída Da S.O.	17:50h	(1)

OUTROS DADOS E SINAIS

Peso	17 kg	(1)
Sat O2	99 %	(1)
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	20.12.2017	(1)
Hora	17:35h	(1)

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Priscila 1027420

UNIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

20/12/2017 18:20

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA Dt. Nasc.: 22/06/2012 Atendimento: 47554968 Prontuário: 9276280
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO 02 Leito: L2009/1
Profissional(is): ANA KAROLINE CHAVES-DA-SILVA; ENFERMEIRO(A), COREN 435506 [1] Nº: 17480783 20/12/2017 às 18:14

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome, dosagem, frequência NAO INFORMADO [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

Nível de Consciência pos operatorio Calmo [1]

Tipo De Respiração Espontânea e/suporte de O2 [1]

Extremidades Profundidas [1]

Curativos Cirúrgicos Limpo e seco [1]

REGISTROS

Acesso Periférico Pévio Sim [1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2 99 % [1]

ESCALA DE DOR

1 (Sem Dor) Sim [1]

ESCALA DE ALDRETE KROULIK

Desperto Totalmente Sim [1]

Respira Profundamente Sim [1]

Apto A Mover 4 Extremidades Sim [1]

Maior Que 92% Respirando Ar Sim [1]

CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO

Nível de Consciência Calmo [1]

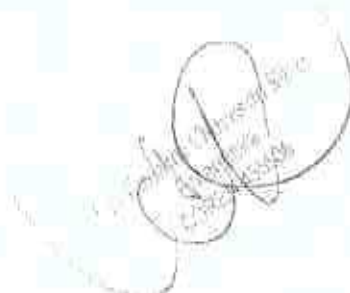
Extremidades Profundidas [1]

Curativos Cirúrgicos Limpo e seco [1]

Unidade De Internação Sim [1]

Responsável DR. BRUNO/ DR AUGUSTO [1]

COPIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018





FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

20/12/2017 15:23

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA DE Nasc.: 22/06/2012 Atendimento: 47554968 Prontuário: 9276280
 Convênio: HÁPVIDA MATRIZ Posto: POSTO 02 Leito: L20C9/1

Profissional(is): ANA KAROLINE CHAVES DA SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 435508 [1] Nº: 17450783 20/12/2017 às 18:14

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome, dosagem, frequência NAO INFORMADO (1)

Alergia-Descrição NEGA (1)

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

Nível de Consciência pos operatorio Calmo (1)

Tipo De Respiração Espontânea suporte de O2 (1)

Extremidades Profundidas (1)

Curativos Cirúrgicos Limpo e seco (1)

REGISTROS

Acesso Periférico Pervio Sim (1)

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2 96 % (1)

ESCALA DE DOR

1 (Sem Dor) Sim (1)

ESCALA DE ALDRETE KROULIK

Desperto Totalmente Sim (1)

Respira Profundamente Sim (1)

Apto A Mover 4 Extremidades Sim (1)

Maior Que 92% Respirando Ar Sim (1)

CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO

Nível de Consciência Calmo (1)

Extremidades Profundidas (1)

Curativos Cirúrgicos Limpo e seco (1)

Unidade De Internação Sim (1)

Responsável DR BRUNO/ DR AUGUSTO (1)

Loja CORRETORA DE SEG. LTDA
21 FEV. 2018

ATENDIMED - SERVIÇOS MEDICOS LTDA - HILF

20/12/2017 17:

Paciente:	GEOVANNA SOUZA SILVA	Dt. Nasc.:	22/06/2012	Atendimento:	47554956	Prontuário:	9276280
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	POSTO 02	Leito:	L2009/1		
Observação	Loto 93						(1)
Intercorrências	Sem intercorrências						(1)
Eletrodos	Torax:						(1)
Incisão Cirúrgica	MID						(1)
Puncções Venosas							(1)
PÓS-OPERATÓRIO							



Paciente: e: GEOVANNA SOUZA SILVA		Dt. Nasc.: 22/06/2012		Atendimento: 47554966		Prontuário: 9276280	
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 15381823		20/12/2017 às 11:01			
Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA		Leito: ENFHLE/5		Peso: 17.40 Kg		20/12/2017 11:02:05	
1. DIETA ZERO / ZERO		24/24h ORAL		C.A.			
2. Hidratação Venosa 4 Fases		Vol Total: 348.3 ml		19.00 gts/min		Acesso Periférico	
SORO GLUCOSADO 5%		340 ml		13 1+		C 23	
CLORETO DE SODIO 20%		3 ml				D 25	
CLORETO DE POTASSIO 10%		5.3 ml					
3. DIPIRONA		Aqua Destilada 18 ml		EV		SN	
		(AMPPL C/500MC)		6/6h			
4. PROFENID IV		Soro Fisiológico 0.9% 20mg		(FRAP C/100MC)		B/8h	
		30 ml		EV		SN	
5. PUNCAO C/UELCO						SE DOR NÃO CEDER COM DIPIRONA	
6. SINAIS VITAIS		13		20/12/2017 11:02:05			

[Handwritten signature]
20/12/2017 11:02:05

21 FEV. 2018
UNIA CORRETORA DE SEC 1104

[Handwritten signature]
20/12/2017 11:02:05

[Handwritten signature]

Lucia

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

http://hospitalar.hapvida.com.br:8888/Forms90/Forms90comp/REPPRESC_BRUNOBOT_Tp1541

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 15381823
Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA

Atendimento: 47554966
20/12/2017 11:00
Peso: 17.40 kg

Emissão: 20/12/2017 16:58:02
Prontuário: 9276280

1 DIETA ZERO / ZERO

24/24h ORAL

Suspensão
às 16:55
hs de

2. Hidratação Venosa 4 Fases

SORO GLICOSADO 5%

CLORETO DE SODIO 20%

CLORETO DE POTASSIO 10%

3. DIPIRONA

Água Destilada

4. PROFENIDIV

Soro Fisiológico 0,9%

6. SINAIS VITAIS

7. DIETAGERAT-PEDIATRIA/PARA-POS-QUIRURGIA

8. CEFAZOLINA SODICA (100.00mg)

9. TRAMAL (50.00mg/ml)

10. PLAMET (10.00mg/ml)

11. REPOUSO COM O PÉ ELEVADO.

12. CURATIVO COM ATADURA E GAZE AGUCHOA

Vol. Total: 348,3 ml

340 ml

3 mEq/Kcal/dia

3 ml

0,5 ml

18 ml

20 mg

30 ml

FERAP C/100MG/8h

EV

SN

SE DOR NÃO
CEDER COM
DIPIRONA

19.00 gis/min

Acesso Periférico

20/12/17

(AMPL C/500MG/6h

EV

SN

(FRAP C/1GR) 8/8h

EV

SN

(AMPL C/50MG/6h

EV

SN

8/8h

EV

SN

Monica Almeida da Silva

Monica Almeida da Silva

Lucia

Monica Almeida da Silva

PRESCRIÇÃO MEDICA

C 24691309

Emissão 20/12/2017 11:02:05

Paciente: **GEOVANNA SOUZA SILVA** DL Nasc.: 22/06/2012 Atendimento: 47554966 Prontuário: 9276280

venia: **HAPIIDA MATRIZ** Nº Prescrição: 15381823 20/12/2017 às 11:01 Acesso Periférico

Posto: **POSTO INTERNACAO EMERGENCIA** Leito: **ENFHE/6** Peso: **45,00** Data CORRETORA DE SEB **FEV. 2018**

LETA ZERO / ZERO 24/24h ORAL CUC

Idratção Venosa	4 Fases	Vol. Total:	348,3 ml	19,00 gts/min
ORO GLICOSADO 5%		340 ml	14 (24/30)	13,14
LORETO DE SODIO 20%	3	mEq/Kcal/dia	3 ml	
LORETO DE POTASSIO 10%	2	mEq/Kcal/dia	5,3 ml	

DIPIRONA)	Adua Destilada	18 mL	IAMPL C/500MC	6/6h	EV	SN	
PROFENID IV) <td>Soro Fisiológico 0,9%</td> <td>20mg</td> <td>30. ml</td> <td>IFRAP C/100MC<td>8/8h<td>EV<td>SN</td></td></td></td>	Soro Fisiológico 0,9%	20mg	30. ml	IFRAP C/100MC <td>8/8h<td>EV<td>SN</td></td></td>	8/8h <td>EV<td>SN</td></td>	EV <td>SN</td>	SN

SINAIS VITAIS **GT 13** **Reg. no** **24691309**

Dr. José Roberto de Sá
2017 10/10

Monica Almeida da Silva
2017 10/10

Dr. José Roberto de Sá
2017 10/10

ACOMPANHAMENTO PEDIATRIA SINAIS VITAIS

NMA SOUZA SILVA	Dt. Nasc.: 22/06/2012	Atendimento: 47554966	Prontuário: 0276260	Profissionais: ANA PAULA COSTA HOLANDA DE SOUSA COREN 1139501 [1] GIRLENE MIRANDA OLIVEIRA DA SILVA COREN 1116907 [2] FRANCISCA HELAINE CORREIA ALVES COREN 452819 [3]
IA MATRIZ	Nº Documento: 15382965	Tipo: Enfermagem	20/12/2017 às 12:17	
02	Leito: 12019/1			

	20/12												21/12											
	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	12:17	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	18:20	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	00:11	01:00	02:00	03:00
Frequência Respiratória (irreg)							22	[3]							21	[2]					32	[1]		
Frequência Cardíaca (bpm)							96	[3]							80	[2]					126	[1]		
Sinais Neurológicos							Aivo								Aivo	[2]					Simulada	[1]		
Vômitos							Não ou ma 3 respirat	[3]							Não ou ma 2 respirat	[2]					Não ou ma 2 respirat	[1]		
Padrão Respiratório							Normal	[3]							Normal	[2]					Normal	[1]		
Temperatura (°C)							36	[3]							35,9	[2]					36	[1]		
Sat O2 (%)																[2]					96	[1]		

ASS: _____
LÍDIA CORRETORA DE SEG. LTDA
21 FEV. 2018

ACOMPANHAMENTO PEDIATRIA SINAIS VITAIS

Nome: GEOVANNA SOUZA SILVA

Idade: 22/06/2012

Atendimento: 4755-9566

Profissional: ANA PAULA COSTA HOLANDA DE SOUSA COREN 1139501 [1]
GIRLENE MIRANDA OLIVEIRA DA SILVA COREN 1116907 [2]
FRANCISCA HELANE CORREIA ALVES COREN 452819 [3]

Nº Documento: 15382968

DL Nasc.: 22/06/2012

Prontuário: 9276280

20/12/2017 às 12:47

Leito: L2009/1

Leito: L2009/1

Tipo: Enfermagem

Posto: POSTO 02

SINAIS VITAIS	21/12				
	04:00	05:00	06:00	06:30	
Frequência Respiratória (irpm)				16	[1]
Frequência Cardíaca (bpm)				123	[1]
Sinais Neurológicos				Solapado	[1]
Vômitos				Não ou até 3 episódios	[1]
Padrão Respiratório				Normal	[1]
Temperatura (°C)				36	[1]
Sat O2 (%)				99	[1]

153

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA

21 FEV. 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

20/12/2017 12:33

ENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA	Dt. Nasc.: 22/06/2012	Atendimento: 47554966	Prontuário: 9276280
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 02	Leito: L2009/1	
Profissional(is): JULIANA MENESES BOCCHESI, ENFERMEIRO(A), COREN 397290 (1)	Nº: 17469404	20/12/2017	às 12:29

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

EVOLUÇÃO - MANHÃ

(1)

PACIENTE, G.S.S. 05 ANOS E 05 MESES, SEXO FEMININO. HD: PRÉ OPERATÓRIO MID. ADMITIDA NESTA UNIDADE PROVENIENTE DA EMERGÊNCIA. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO. RESTRITA AO LEITO, EUPNEICA EM AR AMBIENTE. NORMOCRADA, HIDRATADA, PELE INTEGRAL. MANTÉM DIETA VO ZERO NO PERÍODO AGUARDANDO CHAMADO DO CC. DIURESE PRESENTE. EVACUAÇÕES AUSENTES NO PERÍODO. MANTÉM AVP EM MSD PARA HV + SINT. SN. SSVV ESTÁVEIS, AFEBRIL NO PERÍODO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

Sim

(1)

21 FEV. 2018
 CORRETORA DE SEG. LTDA.

20/12/2017 14:25

(TENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA

Dt. Nasc.: 22/06/2012

Atendimento: 47554966

Prontuário: 9276280

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 02

Leito: L2508/1

Professional(is): RITHYANNE CARDOSO ANDRADE CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN 429713 (1)

Nº: 17473143 20/12/2017 às 14:24

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

EVOLUÇÃO - TARDE

14

CÇAL 05 ANOS E 05 MESES, SEXO FEMININO. HD; PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE MID. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, RESTRITA AO LEITO, EUPNEICA EM AR AMBIENTE, NORMOCORADA, HIDRATADA, PELE ÍNTEGRA, MANTEM DIETA VO ZERO NO PERÍODO AGUARDANDO CHAMADO DO CC. DIURESE PRESENTE. EVACUAÇÕES AUSENTES NO PERÍODO. MANTEM AVP EM MSD PARA HV + SINT SN. SSVV ESTÁVEIS. AFEBRIL NO PERÍODO. PROCEDIMENTO REAGENDADO PELO DR BRUNO PARA O FINAL DA TARDE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

Sum

[9]

LIBIA CORRETORES DE SEGUROS LTDA.
21 FEB. 2018



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ATENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

21/12/2017 03:52

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA	Dt. Nas.: 22/06/2012	Atendimento: 47554968	Prontuário: 9276280
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 02	Leito: L2009/1	
Profissional(is): RUSTHENILIA WILHELMINE SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 420889 [1]		Nº: 17485451	20/12/2017 às: 21:20
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolution de enfermagem	20HS-CÇA 5A5MS, SEXO FEMININO. POI FRATURA DE MID, EVOLUI NO LEITO, ACORDADA, SOB EFEITO ANESTESICO PORÉM REATIVA AO MANUSEIO, EUPNEICA AA, NORMOCORADA, HIDRATADA, AFEBRIL, EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS, COM POUCA ACEITAÇÃO DIETA V.O. AGAURDA DIURESE E EVACUAÇÕES AUSENTES NO PERÍODO, HV+SINT POR AVP/MSD, SEGUE ESTÁVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. 03:40-ATÉ O PRESENTE MOMENTO SEM DIURESE ESPONTÂNEA PORÉM NÃO APRESENTA REXIGOMA E GENITORA RELATA QUE CÇA DEMORA SEMPRE A URINAR.		
PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
Acesso Periférico	Sim	[1]	

Evolution de enfermagem
20HS-CÇA 5A5MS, SEXO FEMININO. POI FRATURA DE MID, EVOLUI NO LEITO, ACORDADA, SOB EFEITO ANESTESICO PORÉM REATIVA AO MANUSEIO, EUPNEICA AA, NORMOCORADA, HIDRATADA, AFEBRIL, EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS, COM POUCA ACEITAÇÃO DIETA V.O. AGAURDA DIURESE E EVACUAÇÕES AUSENTES NO PERÍODO, HV+SINT POR AVP/MSD, SEGUE ESTÁVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
03:40-ATÉ O PRESENTE MOMENTO SEM DIURESE ESPONTÂNEA PORÉM NÃO APRESENTA REXIGOMA E GENITORA RELATA QUE CÇA DEMORA SEMPRE A URINAR.

21/12/2017 03:52
47554968

ATA CORRETORA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
21/12/2017 03:52 AM
v10.1.13

Paciente: GEOVANNA SOUZA SILVA	Dt. Nascimento: 22/06/2012	Atendimento: 47554966	Prontuário: 9276283
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 15383047	20/12/2017 às 12:25	
Posto: POSTO 02	Leito: 12009/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - PEDIATRIA			
Profissionais: JULIANA MENESES BOCCHESI (COREN 307235)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência:	Manhã CONSCIENTE	Tarde	Noite CONSCIENTE
PADRAO RESPIRATORIO	Manhã EUPNEICA AA	Tarde	Noite EUPNEICA AA
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã VO	Tarde	Noite VO
TGI	Manhã AUSENTE	Tarde	Noite AUSENTE
TU	Manhã ESPONTANEA	Tarde	Noite AUSENTE ATÉ O MOMENTO
2 - REALIZAR			
HIGIENE ORAL, CORPORAL E OCULAR	Manhã	Tarde	Noite
APOIO PSICOLÓGICO	Manhã	Tarde	Noite
3 - MANTER			
CONDIÇÕES PARA SONO E REPOUSO	Manhã	Tarde	Noite
ACESSO VENOSO PERVIU E IDENTIFICADO	Manhã	Tarde	Noite
6 - ORIENTAR			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	Manhã	Tarde	Noite
7 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Manhã S/A	Tarde	Noite SI
ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS	Manhã	Tarde	Noite
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Prescrita por
Juliana Menezes Bocchesi

LOJA-CORRETORA DE SEG. LTDA
21 FEV. 2018

ASS:

INDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

21/12/2017 03:52

Fonte: GEOVANNA SOUZA SILVA

Dt. Nasc.: 22/06/2012

Atendimento: 47554966

Prontuário: 9276280

nyónio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO.02

Leito: L2009/1

Assessoria(s): RUSTHENILIA WILHELMINE SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 420809 [3]

Nº: 17485451

20/12/2017 às 21:20

SOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução da enfermagem

20HS-CÇA 5A5MS, SEXO FEMININO, POI FRATURA DE MID, EVOLUI NO LEITO, ACORDADA, SOB EFEITO ANESTESICO POREM REATIVA AO MANUSEIO, EUPNEIA AA, NORMOCORADA, HIDRATADA, AFEBRIL, EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS, COM POUCA ACEITAÇÃO DIETA VO, AGAURDA DIURSE E EVACUAÇÕES AUSENTES NO PERÍODO. HV+SINT POR AVPMSD, SEGUE ESTÁVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

143

03:40-ATÉ O PRESENTE MOMENTO SEM DIURESE ESPONTÂNEA PORÉM NÃO APRESENTA BEXIGOMA E GENITORA RELATA QUE CCA DEMORA SEMPRE A URINAR.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

54m

(4)

$\frac{d}{dt} \left(\frac{1}{\rho} \right) = - \frac{1}{\rho^2} \frac{d\rho}{dt}$

RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. DEPT. OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.

21 FEB. 2018

250

ENDIMED - SERVICOS MEDICOS LTDA - HILF

21/12/2017 02:04

cliente: GEOVANNA SOUZA SILVA

Dt. Nasc.: 22/06/2012

Atendimento: 47554966

Prontuário: 9276280

nvênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 02

Leito: L2009/1

Resposal(la): ANA PAULA COSTA HOLANDA DE SOUSA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 17469059 20/12/2017 às 12:20
COREN 1139501 [1]
FRANCISCA HELAINE CORREIA ALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,
COREN 452619 [2]
PATRICIA MOREIRA SILVA ROQUE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN
849710 [3]

ADOS DO PACIENTE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora 11:30 [2]

Hora

Descrição CÇA ADMITIDA NESSE POSTO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MEMBRO INFERIOR
DIREITO. EVOLUI AFEBRIL, EUPNEICA EM AA, ATIVA E ACORDADA.
AGUARDANDO REALIZAÇÃO DE CIRURGIA. [2]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

Hora 15:58 [3]

Hora

Descrição CRIANÇA EVOLUI ESTAVEL, AFEBRIL, CORADA, HIDRATADA, EM
AA, ESTA EM DIETA ZERO POIS AGUARDA SER CHAMADA PARA
CIRURGIA, DIURESE E EVACUAÇÕES EM FRALDAS.
PRESENTES, ESTA COM AVP EM USO DE HV+SINTOMATICOS
S/N, SEGUE SEM QUEIXAS E SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. [3]

Hora 16:57 [3]

Hora

Descrição CRIANÇA ENCAMINHADA PARA CC. [3]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora 02:33 [1]

Hora

Descrição PACIENTE EVOLUI ESTAVEL, AFEBRIL, HIDRATADA, EM AA, EM SONO
E REPOUSO NO LEITO, DIURESE E EVACUAÇÕES EM FRALDAS
PRESENTES, ESTA COM AVP EM USO DE HV+SINTOMATICOS
S/N, SEGUE SEM QUEIXAS E SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. [1]

UIDADOS DE ENFERMAGEM

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
21 FEV. 2018

Ana Paula Costa
Técnico de Enfermagem
COREN CE 001.113.501

Ass
[Assinatura]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
21 FEV. 2018

* []		PRESCRIÇÃO MÉDICA		Página 1 de 1	
Paciente: GECYANNA SOEIZA SILVA		Id. Nasc: 22/06/2012		Assinatura: 47554966	
Convênio: HAPVISA MATRIZ		Nº Prescrição: 15383242		21/12/2017 às 06:30	
Pólo: POSTO 02		Lote: 1200841		Peso: 17,40 kg	
1. DIET. GERAL, MEDICAMENTAÇÃO PARA PÓS-CIRURGIA		318		GRAL	
2. Hidratação Venosa 4 Fases		Vol. Total 148,3 ml		19,00 giv/min	
SORO CL. ICOSALTO 5%		340 ml		Acesso Periférico	
CLORETO DE SÓDIO 20%		3 ml			
CLORETO DE POTÁSSIO 10%		4,3 ml			
3. CEFAZOLINA SODICA (100.00mg)		250 mg		EV	
4. TRAMAL (50.00mg/ml)		20 mg		EV	
5. FLAMET (10.00mg/ml)		2,5 ml		EV	
6. DIFENONIA		0,5 ml		EV	
7. PROFENID IV		20 mg		EV	
8. PAINEL C/BL (C)		30 ml		EV	
9. SINAIS VITAIS					
10. REPOUSO COM O PÉ ELEVADO					
11. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ALCOOLICA					
12. Alta em 20/12/2017					
Atm dada por: BRUNO DE BRITO AGUIAR					

BRUNO DE BRITO AGUIAR 20/12/2017 10:18 10.1.23.204



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



Certidão de Nascimento

Nome:
GEOVANNA SOUZA SILVA

Matrícula:
018515 01 55 2012 1 00061 228 0053629 25

Data de nascimento (por extenso):
vinte e dois de junho de dois mil e doze

Hora de nascimento:
19h40min

Município de nascimento e UF:
Fortaleza/CE

Município de registro e UF:
Mondubim, Fortaleza/CE Estado do Ceará

Local de nascimento:
HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

Filiação:
FRANCISCO WAGNER DA SILVA, natural de Russas/CE e ANA CRISTINA SOUZA, natural de Fortaleza/CE

Avós:
Francisco José da Silva e Maria Lília da Silva (paternos) e Francisco de Souza Azeiteiro e Cássia Souza (maternos)

Gêmeos:
Não

Nome e matrícula do(s) gêmeo(s):
Não consta.

Data do registro (por extenso):
quatro de julho de dois mil e doze

Nº DNV (Declaração de nascido vivo):
30-059579939-8

Observações/Averbações:
Registro lavrado no Livro A-61, às fls 228, sob o número 53629.

Loja CORRETORA DE SEG. LTDA
21 FEV. 2018

Nome do ofício:
Cartório do Registro Civil de Mondubim.

Oficial registrador:
Maria Mirtes Colares de Melo

Município/UF:
Mondubim, Fortaleza/CE/Estado do Ceará

Endereço:
Rua Clemente Silva 251 A Maraponga

O conteúdo da certidão é verdadeiro.
Mondubim, Fortaleza/CE, 4 de julho de 2018.

Colares de Melo Sindrax
- digitalizada

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GEOLIANA SOUZA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 19/12/17 CPF DA VÍTIMA 45732698352
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 95008014597
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É FILHA DE ANO CRISTINA SOUSA ALVES
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA OF LOREANINHO PEREIRA
 Nº 380 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PARANAGIM
 CIDADE FORTILEZA UF CE CEP 38000000
 E-MAIL RICARDO TELEFONE (85) 987343917

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 COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

21 DEV. 2019
 LÍDIA CORRETORES DE SEGURANÇA

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 CONFIREM 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

* MORTE = R\$ 13.300,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.300,00. 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/01/2018
 IDENTIDADE RICARDO
 ASSINATURA RICARDO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 457 326 983 53	Nome completo da vítima GEORGINA SOUZA SILVA
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANA CRISTINA SOUSA ALVES		CPF titular da conta 457 326 983 53	Profissão PEQUENO
Endereço RUA 07 LOTEAMENTO ARVOREDO		Número 380	Complemento CASA
Bairro MONDUBIM	Cidade FORTALEZA	Estado CEARA	CEP 60000000
Email PEQUENO		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima, segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO: _____ NRO: _____ AGÊNCIA: _____ D/V: _____ CONTA: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA: _____ D/V: _____ NRO: 1047 (Informar dígito se existir)	CONTA: _____ D/V: _____ NRO: 71759 (Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FORTALEZA, 20 de FEVEREIRO de 2018
Local e Data

Ana Cristina Souza Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REDO QUENTE		A Tarifa Social de Energia Elétrica fora cobrada para Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.		enel			
i506461-1 Possui registro em funcionamento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.		Companhia Energética do Ceará Rua Padre Valdeirino, 150 CEP: 60135-040 Fortaleza CE CNPJ: 07.047.257/0001-70 CGF: 06.105.844.3					
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 Nº			509691770				
Nota: 12 01230 34 187800 - 0		Data de Emissão: 18/01/2018					
Nome: ANA CRISTINA SOUZA ALVES							
End. Postal: RU 0007 LOT ARVOREDO 00380 MONDUBIM - FORTALEZA - 60000000							
Medidor: 726S389			Posto: 1279 P21T				
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO			Fator de Potência: 0,00				
RG / CPF / CNPJ: 457326983-33			CGF:				
Nome do Responsável:							
DATAS							
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Lettura	Veja a legenda no verso desta conta.				
Jan/2018	18/01/2018	17/02/2018					
ÍCMS							
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto					
145,21	27,80%	39,47					
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL							
GDFE: DCFE: 2807.3375.6492.0550.0349.1271							
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Letr. Anual	Letr. Anterior	Corret.	Consumo (kWh)	Cone. Ind.	Cone. Nat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
35313	35110	1,00	280	0,00	280	R\$ 7,2000	2.016,00
18/12/17	18/12/17		38 DIAS		280		145,21
DESCRIÇÃO							VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS							145,21
MÚLTIPLA MORATORIA REF 12/2017							2,93
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL							10,97

VENCIMENTO 25/01/2018	TOTAL A PAGAR (R\$) 168,11																																				
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Energia</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">46,72</td> </tr> <tr> <td>Perdas</td> <td style="text-align: right;">4,68</td> </tr> <tr> <td>Distribuição</td> <td style="text-align: right;">21,17</td> </tr> <tr> <td>Oncustos Setoriais</td> <td style="text-align: right;">11,51</td> </tr> <tr> <td>Tributos (11,20% PIS/COFINS)</td> <td style="text-align: right;">47,61</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td style="text-align: right; border-top: 1px solid black;">165,21</td> </tr> </table>	Energia	46,72	Perdas	4,68	Distribuição	21,17	Oncustos Setoriais	11,51	Tributos (11,20% PIS/COFINS)	47,61	TOTAL	165,21	HISTÓRICO DE CONSUMO últimos 12 meses <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">192</td> <td style="width: 10%;">202</td> <td style="width: 10%;">194</td> <td style="width: 10%;">206</td> <td style="width: 10%;">179</td> <td style="width: 10%;">175</td> <td style="width: 10%;">180</td> <td style="width: 10%;">187</td> <td style="width: 10%;">207</td> <td style="width: 10%;">183</td> <td style="width: 10%;">208</td> <td style="width: 10%;">205</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="font-size: 0.8em;"> 1997 Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec </td> </tr> </table>	192	202	194	206	179	175	180	187	207	183	208	205	1997 Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec											
Energia	46,72																																				
Perdas	4,68																																				
Distribuição	21,17																																				
Oncustos Setoriais	11,51																																				
Tributos (11,20% PIS/COFINS)	47,61																																				
TOTAL	165,21																																				
192	202	194	206	179	175	180	187	207	183	208	205																										
1997 Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec																																					
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emissão de CO₂ Compensação de CO₂ Consciência Ecológica (%CO₂)																																					
INFORMAÇÕES IMPORTANTES - AVISOS DE VENCIMENTO CONTAS EM ATRASO																																					
AVISO DE DÉBITO VENCIMENTO: Informamos existir débitos vencidos sem arcuários (pagos até este dia), no valor de R\$ 342,97. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 10 dias contados a partir da fatura vencida a não pagar.																																					
Consiste desta fatura de 342,97 referente a PIS e COFINS Atualizados: PIS:11,00% e COFINS:4,57% (máx. 8 Mes. sem crédito - máximo a faturar: 14,57% a 14,57% ao mês). Para o mês de Janeiro/18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.																																					
1556461-1 168,2018																																					
NP do Cliente: Data da Emissão: NP do Nete Especial:	Referência: Total a Pagar (R\$): NP de Controle:																																				
28/01/2018 509691770 0001-7 60110031000-5	168,11 0001506461 00521 39712 60 00015064610-0 05213971211-1																																				

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: ANA CRISTINA SOUZA ALVES

Doc. Identidade / CNH (RG/DTN): 95008016597 **Sexo:** SF **CE:**

CE: 457.326.983-53 **Data Nascimento:** 22/06/1974

Parentesco: FRANCISCO DE SOUZA ALVES
 RITA DE CÁSSIA SOUZA

Provação: ☒ **ACE:** ☒ **EXAME:** ☒

Nº Registro: 91006402774 **Validade:** 30/09/2019 **1ª Emissão:** 22/12/1999

Observações:
 SEM OBSERVAÇÃO.

Ana Cristina Souza Alves
 Assinatura do Titular

Local: FORTALEZA, CE **Data Emissão:** 01/10/2014

[Assinatura]
 Assinatura do Detran

Detran - CE (CERRA)

1004457796

FILIA CORRETORA DE SEG. LTDA
 21 FEV. 2018

NUM DO CLIENTE

1506461-1

Para regular sua fatura mensal, utilize o endereço eletrônico www.enel.com.br

A Tenda Enel na Energia Elétrica
 localizada em: Rua 96, 338
 nº 28 - Jd. I / da 2062

Companhia Energética do Ceará
 Rua Paulo Vinícius, 169
 CEP 60030-140 | Fortaleza - CE
 CNPJ 06.94726/0001-06 | CDE 186.106.988.8

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 12 81238 34 187800 = 0

Nome ANA CRISTINA SOUZA ALVES

End. Postal RU 0007 LOT ARVOREDO 000380
 MONDURIM - FORTALEZA - 60000000

Medidor 7265389

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO

RG/GPF/CNPJ 457326883-53

Nome do Responsável

521795144

Data de Emissão 17/04/2018

Posto 1279 P21T

CPF

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Índice de Qualidade do Fornecedor

Comp. Fec 2018

Mês: 17/04 = 8,00

Partes Individuais

	Mês	Trm.	Anual	Mês	Trm.	Anual
DEC	4,55	4,9	19,03	8,00	8,06	3,02
FIC	3,17	4,00	12,78	8,00	8,00	0,00
DMIC	3,17			8,00		

Índice de Qualidade do Serviço

Comp. Fec 2018

Mês: 17/04 = 8,00

Partes Individuais

	Mês	Trm.	Anual	Mês	Trm.	Anual
DEC	4,55	4,9	19,03	8,00	8,06	3,02
FIC	3,17	4,00	12,78	8,00	8,00	0,00
DMIC	3,17			8,00		

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Índice de Qualidade do Fornecedor

Comp. Fec 2018

Mês: 17/04 = 8,00

Partes Individuais

	Mês	Trm.	Anual	Mês	Trm.	Anual
DEC	4,55	4,9	19,03	8,00	8,06	3,02
FIC	3,17	4,00	12,78	8,00	8,00	0,00
DMIC	3,17			8,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

17/04/2018 15:00 3395 1000 0000 5400

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

1. Lit. Atual vs Lit. Anterior 2. Consumo (kWh) 3. Consumo vs Lit. Anterior 4. Tarifa 5. Tarifa (R\$/kWh) 6. Valor (R\$)

	1. Lit. Atual vs Lit. Anterior	2. Consumo (kWh)	3. Consumo vs Lit. Anterior	4. Tarifa	5. Tarifa (R\$/kWh)	6. Valor (R\$)
17/04/18	155,5	1,00	11	0,08	9,7012	1,33

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

MULTA MORATORIA REF 03/2018

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MÊS

JUROS DO MÊS

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)

153,46

2,53

4,83

7,80

10,97

