

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490050 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIO K/PSEUDOARTROSE/OSTEOMIELITE/ENXERTIA ÓSSEA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490050

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data do acidente: 22/05/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do hálux do pé direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com deformidade óssea do hálux direito, aumento do volume do hálux direito, cicatriz irregular e anquilose do hálux do pé direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, redução e fixação metálica com fio de Kirschner.
Realizou fisioterapia (30 sessões).
Alta médica (08/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do hálux do pé direito.

Médico examinador: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 16562

UF do CRM do médico: CE

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180490050**

Vitima: **ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA**

Data do Acidente: **22/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180490050**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13498103



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA**

Sinistro: **3180490050**
Vítima: **ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA**
Data do Acidente: **22/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180490050** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180490050

Nome do(a) Examinado(a): ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Vera Cruz, 222 - Caucaia/CE - CEP 61650-240

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 07002754512 - DETRAN-CE. - 09/02/2018

Data e Local do Acidente : 22/05/2018 - FORTALEZA, CE.

Data e Local do Exame : 05/11/2018 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO HÁLUX DIREITO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA E INTERNADA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM AGOSTO DE 2018, COM COMPLICAÇÃO - ANQUILOSE E DEFORMIDADE ÓSSEA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AUMENTO DE VOLUME, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZ IRREGULAR E ANQUILOSE DO HÁLUX DIREITO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO HÁLUX DIREITO, PELO AUMENTO DE VOLUME, DEFORMIDADE ÓSSEA E ANQUILOSE.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

HÁLUX DIREITO.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

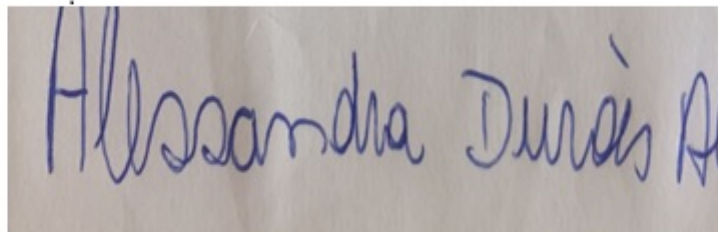
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



ALESSANDRA DURAES ALTAF CRM : 16562 / UF :CE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 a 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 precisa assinar no campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 a 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").

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Número do Sinistro ou ASI	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Anderson Santiago de Souza</i>	CPF titular da conta <i>052.320.643-71</i>	Profissão <i>Estudante</i>
Endereço <i>Rua Vera Cruz</i>	Número <i>222</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Guayema</i>	Cidade <i>Barra Nova</i>	Estado <i>RN</i>
E-mail <i>beridiana.bernardo@hotmail.com</i>	CEP <i>61.600-000</i>	Telefone (DDD) <i>(85) 9.8900-4595</i>

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	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ CONTA NRO _____ D/V _____ (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.

Barra Nova, 03 de *Setembro* de 2018
Local e Data

Anderson Santiago de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 121.487.736/0001-06



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 142 - 3099 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 30/08/2018 14:24:13
Data / Hora da Ocorrência: 22/05/2019 18:20:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA DOM ALMEIDA LUSTOSA
Complemento:
Bairro: PQ. GUADALUPA / JUREMA
Município: CAUCAIA/CE

Ponto de Referência: EM FRENTE A CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Nome: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA
Nascimento: 11/09/1999 CPF: 052.320.643-71
RG: 200701007256 Orgão Emissor: SSP
Filiação: LILIANE ALBUQUERQUE SANTIAGO
RAMUNDO NONATO DE SOUZA
Endereço: RUA VERA CRUZ, 222 CASA 01
Bairro: PQ. GUADALUPA / JUREMA
Município: CAUCAIA/CE
País: BRASIL
CEP:

1) Placa: PCH3251 UF: CE Município: CAUCAIA Chassi: 9CCKC220MR123716 Renavam: 114125992 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 160 FAN Ano Modelo: 2018 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa o noticiante que no dia, hora e local acima citados seguia pilotando sua motocicleta acima descrita, quando perdeu o controle, durante uma manobra de retorno, vindo a cair no solo: QUE em decorrência da queda, o noticiante lesionou seu pé direito, além de escoriações pelo corpo: QUE na ocasião o noticiante ficou para seu tio, a pessoa de PAULO RICARDO, o qual se dirigiu ao local em carro próprio e socorreu o noticiante no Hospital da UNIMED, em Fortaleza/CE, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos, bem como foi submetido a procedimento cirúrgico. Nada mais disse. *juuuuuuu*

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: JULIO DARTINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Anderson Santiago de Souza
VISTO DO DELEGADADO: GUILHERME DE PINHO MARTINS - MAT.: 30120140

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Av. Dom Almeida Lustosa, 1520 - Parque Alameda - Caucaia - CE - CEP: 63.500-240 - Fone: (85) 3237-1870
Cartório Jurema - Tel.: 85-3237-1870
Rne Cláudia Cervinho Bezerra - (85) 3237-1870
Certifico que a presente cópia foi produzida em conformidade com a Lei nº 8.951/94 e reproduzida fiel da original.
Do que dou fé. Caucaia - CE 30 de agosto de 2018
Selo(s): 98581-HU
FRANCISCO CLAUDIO FAÇANHA DA SILVA - Escrivente
Carimbo: 629636 Total: R\$ 2,35 Pávido: 143
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

RECEBEMOS

8 OUT 2018

RECEBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-05

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 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

Anderson Santiago de Souza

CPF da Vítima

052.320.643.71

Data do Acidente

22-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente 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 à 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 §1º do art. 3º 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.

Guacoin 03 de Setembro de 2018

Local e Data

X Anderson Santiago de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Paciente: 71969630 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA
Mãe: LILIANE ALBUQUERQUE SANTIAGO
Data Nasc.: 11/09/1999 Sexo: Masculino
Carteira: 0630020051802031
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 18 Anos 8 Meses
Atendimento: 5891448
Data Atendimento: 22/05/2
Profissão:
Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

22/05/2018 20:12

QUEIXA PRINCIPAL

QUEDA DE MOTO

HDA

REFERE QUEDA DE MOTO, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA. NEGA DISPNEIA, DOR ABDOMINAL OU TORÁCICA.

REFERE DOR EM PÉ DIREITO E COTOVELO DIREITO.

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

EGB, NÓRMOCORADO, EUPNÉICO, ORIENTADO.

P: 98BPM

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR

EXTR: FERIMENTO EXTENSO EM 1º PDD, COM CREPITAÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

RX. AVAL DA TO.

CID: S610 - FERIMENTO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

COMORBIDADES

- ☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

- ☒ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☒ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNAÇÃO

DENGUE

- ☐ Sinal de Alarme ☐ Sinal de Choque ☐ Sangramento Espontâneo ou Comorbidades ☐ Prova do laço positivo

ADRYANO GONCALVES MARQUES

CRM: 7918

RECEBEMOS
18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS



Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

7164775

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 536339344

Rota 04 22005 10 119400 - 8 Data de Emissão 07/08/2018

Nome LILIANE ALBUQUERQUE SANTIAGO

End. Postal RU VERA CRUZ 00222 CS 01
GUAJERU - CAUCAIA - 61600000

Medidor 3514886 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 627395653-72 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.						
Ago/2018	07/08/2018	06/09/2018	JULHO 2018						
			Mês			ELAS 26.01			
			Conjunto			0,00 P			
ICMS			Padrão Individual			Apuração Individual			
Base do Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual	
100,00			DIC	18,15	28,30	48,51	0,00	2,44	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	7,37	14,74	29,49	0,00	2,00	0,00
146F.CERC.007E.FA27.PCHS.4636.3706.5029			DMIC	5,39			0,00		
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
PP 4152	4110	1,00	43	0,00	43	0,55413	23,99		
07/08/18	06/07/18		32 DIAS		43		26,99		
DESCRIÇÃO							VALOR (R\$)		
VALOR CONSUMO DO MES							23,99		
COB. SALDO FATURA ANTERIOR							23,03		
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,20)									

VENCIMENTO	10/09/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	47,02
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Enxerga	13,95		
Transmissão	1,26		
Distribuição	7,26		
Encargos Setoriais	1,95		
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	0,67		
TOTAL	23,99		
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		MÊS/ANO	
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)	
16,79	0,00		

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 110,99. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

Consta desta fatura R\$ 0,67 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,5% e COFINS:2,38% (Art. 9º Lei. 10409/03 - ANEEL e Lei. n. 10.637/02 e 10.833/03).

Estamos em Bandeira Vermelha hátemos 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

DÉBITOS ANTERIORES	
MÊS/ANO	VALOR (R\$)
06/2018	110,99

Nº do Cliente: 7164775 Referência: Ago/2018

Data de Emissão: 07/08/2018 Total a Pagar (R\$): 47,02

Nº da Nota Fiscal: 536339344 Nº de Controle: 0007164775 00033 39352 63

83800000000-9 47020031000-0 00071647750-5 00333935266-8



RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS



Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



Nº de Inscrição:
003069125

DADOS DO CLIENTE

Nome: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

End. Leitura: RU 1068-CONJUNTO CEARA, 135, CONJUNTO CEARA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60533-050

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Sector: 048

Subsector: 00

Quadra: 0049

Subquadra: 00

Lote: 0046

CEP: 0000

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A15F023772	377	386	9	12

DATAS

Leitura Atual: 16/07/2018

Emissão: 16/07/2018

Lacre Água: 6655612

Leitura Anterior: 15/06/2018

Próxima Leitura: 16/08/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisados	554	554	553	552	552
Em conformidade	545	547	543	524	552

MENSAGEM / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(007/14 A 06/15): 11 m3 | META: 10 m3.
Constatamos debito de R\$ 78,33. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	34,80	jun/18	12	Esgoto (m³)
ESGOTO	30,80	jun/18	13	
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,57	jun/18	11	
MULTA DE 2%	1,74			
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,11			
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI	0,32			

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Depreciação	0,65	VALOR DO SUBSÍDIO	3,90
PIS	3,26	VALOR TOTAL A PAGAR	68,34
COFINS			

MÊS/ANO
07/2018

VENCIMENTO
06/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
68,34

I:355673052285660 L:0365 H:06:34:01 R:063 P:001

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNBS, Itaú, BNB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Mangueira, Outros: pagafatura. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195



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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3131.1919, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos do Saneamento Ambiental: 0800 265 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal
Via do agente
sancionador

355673052285660 - 0365

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 003069125

Código de Responsável:

07/2018

Local: 001

Sector: 048

Subsector: 00

Quadra: 0049

Subquadra: 00

Lote: 0046

Mês/Ano: 0000

Comp: 0000

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 06/08/2018

Total (R\$): 68,34

82660000000 2 68340009000 0 00306912501 5 09000622015 7



RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

000000

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Reidiana Silva de Oliveira Bernardo inscrito (a) no CPF sob o Nº 400.443.373 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Santiago de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.320.643 / 71 do sinistro de DPVAT cobertura Inutilidade da Vítima Anderson Santiago de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.320.643 / 71, conforme determinação da Circular SUSEP 445/12:

() Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios: Recuso

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 4068</u>		Número <u>135</u>	Complemento <u>4º etapa</u>
Bairro <u>Conjunto Leona</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>60.533-090</u>
Email <u>Reidianabernardo@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(85) 9.8900-4595</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 9.8900-4595</u>

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

DLRL.001 V001/2017

Fortaleza, 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Reidiana Silva de Oliveira Bernardo
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

[Assinatura]

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Ficha de Atendimento - INTERNACAO

NOME SOCIAL:

Dados do Paciente

UNIPLANO - ENF

Usuário do Cadastro:

DASA

Paciente: 71969630

Idade: 18 Anos / 8 Meses / 1

Nome do Paciente: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data Nascimento: 11/09/1999

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Religião: CATOLICA

Profissão: ESTUDANTE

Naturalidade: FORTALEZA

Endereço: RUA VERA CRUZ

Número: 222

Bairro: PARQUE GUADALAJARA - JUREMA

Cidade: CAUCAIA

CEP: 61650240

Telefone: 989234602

Identidade: 2007010072268

CPF: 05232064371

Nome da Mãe: LILIANE ALBUQUERQUE SANTIAGO

Nome do Pai: RAIMUNDO NONATO DE SOUZA

Dados do Responsável

Nome: LILIANE ALBUQUERQUE SANTIAGO

Parentesco: MÃE

Fone: 988721778

Endereço: VERA CRUZ

Número: 222

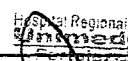
Complemento: CASA I

CEP: 61650240

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento:

Número: 5891568



Data: 22/05/2018 Hora: 23:1

Origem: RECEPCAO DE EMERGENCIA ADULTO

CONFERE COM ORIGINAL

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA

Unidade de Internação: UNIDADE TERREO

Leito: TER18

Médico do Atendimento: 4574 LAURO COSME DOS REIS NETO

Conselho: CRM - 14847

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 UNIMED FORTALEZA

Plano: UNIPLANO - ENF

Carteira: 0630020051802031

Guia: 104813779

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CID: S913 FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE

Procedimento principal: 30101522 EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETA

Local de Procedência:

Observação: GUIA ANEXAO PRONTUARIO****ACOMODACAO ENF****
PLANO REGULAMENTADO****

RECEBEMOS

18 MAI 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

00 000 000

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Q L

RG:

DATA: 02

ANESTESIA: Rolame

DATE 23 05 18

diote P.

INÍCIO: 25:55

Hs. FIM 1:00

De. DURACÃO 4100

ANESTESISTA: Dr. Paulo

CIRC'D IN PULL.

MATERIAIS	Unid.	Quant.	FIOS	Unid.	Quant.	EQUIPAMENTOS	Unid.	Quant.
Algo N°	UN		Algofil Algodão NA	EV		Aquecedor Sargus	H	
mina Bisturi 10-75	UN	01	Algofil c/ Agulha	EV		Banho Maria	H	
va Cirúrgica 70	PR	04	Algofil s/ Agulha	EV		Bisturi Elétrico	H	
va de PCE 75	UN	06	Catgut CR.	EV		Bomba Infusão	H	
va Procedimento	PR	08	Catgut CR.	EV		Capnógrafo	H	
Insere	UN	06	Catgut CR.	EV		Condutor Telescopio	H	
mercúrio Vivo	ML		Catgut CR. Kit	EV		Destilador	H	
cirurgia UN	CM		Catgut S.	EV		Gerador M. Passo	H	
ista p/ Eletrodo	TB		Catgut. S.	EV		Microscópio	H	
ante de Agulha	UN		Catgut. S.	A EV		Monitor Cardíaco	H	1:05
ante A. Córdio	UN		Catgut. S. Kit.	EV		Oxímetro Pulso	H	1:05
Amostra	UN		Cera de Ossu	EV		Refrigerador	H	
poquilha	EV		Dexon	EV		R.A.M. não Invasivo	H	1:05
aca de Bisturi	UN		Dexon	EV		Pilula de 100mg	H	
onte Aspirador	UN		Dexon	EV		Rao X	UN	
opês	PR	07	Dexon II	EV		Scopia	H	
Assaia Identificação	UN		Fita Cardíaca	EV		Sena Elétrica	H	
aco de Lixo 20 l	UN	05	Liga Clip	EV		Vácuo	H	
aco de Lixo 100 l	UN	02	Marca Passo	EV		Vídeo Laparoscopia	H	
aco para Anátomo	UN		Monicron	EV		INTENSIFICADOR DE RAYOS X	LABORATÓRIO	1:05
eringa Insulina	UN		Monicron	EV				
eringa de 3ml	UN		Policron	EV		ABO - RH	UN	
eringa de 5 ml	UN	02	Policron	EV		Gasometria	UN	
eringa de 10 ml	UN	01	Policron	EV		Hb (H)	UN	
eringa de 20 ml	UN	01	Poliéster	EV		Hemograma	UN	
eringa de 50 ml	UN		Poliéster	EV		Potássio	UN	
caip n°	UN		Propilene	EV		Sódio	UN	
onda Aspirador	UN		Propilene	EV		Urina I	UN	
. Carlens n°	UN		Propilene	EV				
. End. Aramada s/ Cuff	UN		Seda NA	EV		ANATOMIA PATOLÓGICA		
. End. Aramada c/ Cuff	UN		Seda	EV		Material de G.E.C.		
i. End. c/ Cuff Riisch	UN		Supramid	EV		Cardiogramas	UN	
i. End. s/ Cuff Riisch	UN		Surgical 51x35cm	EV		Pulmões e Fígado	UN	
i. End. c/ Cuff Portex	UN		Superion Nylon NA	EV		Oxim - 94 - Machi	UN	
i. End. s/ Cuff Portex	UN		Superion	EV		Oxim - Bolha - Cod.	UN	
sonda Foley 2 vias	UN		Superion	PC		Reserv. Cardiologia	UN	
sonda Foley 3 vias	UN		Vinyl Cort. Cilind. PDS II	EV		Reserv. Cardiologia "	UN	
sonda Gástrica	UN		Monocryl	EV		Hemocentrífugador	UN	
sonda Nelaton	UN		SOLUÇÕES			Kit - Carr	UN	
sonda Retal	UN		Álcool	MI	100	" Mercúrio		
sonda Uretral	UN		Álcool + Éter	ML		Uretra Mediastino	UN	
splint	UN		Benjoim	ML		Mancha Total		
sucior	UN		Fenol	ML				
ampão A2 C/10	EV		Formol	ML				
ampão Ocular	UN		H2O2	ML				
ampão vaginal	UN		Hipoclorito	AP				
énsoplast 10 cm	UN	01	Povidine Deg.	ML	400	FIOCRUZ		
omeirinha	UN	01	Povidine Tópico	ML		FIOCRUZ Rinchar		
ouca	UN	02	Povidine Álcool	MB	300	Nº 01		01
ldro de anatomo	UN					Nº 15		01
ALCOOL 70-80		05						
			BANCO DE SANGUE					
			Sangue Total	UN				
			Ceno. Hemácias	UN				
			Plasma	UN				
			Plaquetas	UN				
			CRIO	UN				
GASES								
Comprimido	/min							
óxido Carbono	/min							
ot. Azoto	/min							
igênio	/min							

RTESSES

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-05

RECEBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Unimed
Fortaleza

DÉBIT

Pac: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA
Dt. Emissão: 11/09/1999 Dt. Int. 22
Convênio: UNIMED FORTALEZA/Plano UNIF
Unidade: UNIDADE TERREO Leito: TER18

NOME: _____
IDADE: 18 SEXO: M CONVÊNIO: L
CIRURGIA: Exatmo Beremunto
CIRURGIÃO: Dr. Wauro AUXILIAR:
INSTRUMENTADORA: Rafael

MEDICAMENTOS	Unid.	Quant.	MEDICAMENTOS	Unid.	Quant.	MATERIAIS	Unid.	Quant.
Adalat	CP		Marcaína Pesada	AP		Aguilha Descartável 25x1	UN	01
Adrenalina 1%	AP		Mefoxin 1 gr IV	FR		Aguilha Insulina	UN	01
Aerolin 0,5 mg	AP		Narcan	AP		Aguilha Carpule 40x12	UN	03
Água Destilada 10ml	AP		Nipride	AP		Aguilha Peridural	UN	
Água Destilada 500 ml	FR		Nitradisc mg	UN		Aguilha p/ Raqui	UN	01
Alb. Humana 20% 50 ml	FR		Nor-Adrenalina	AP				
Alloferine	AP		Norcuron	AP		Algodão Ortop 10 cm	RL	
Aminofilina	AP		Nebacetin Pomada	TB		Algodão Ortop 15 cm	RL	
Ancoron	AP		Pavulon	AP		Algodão Ortop 20 cm	RL	
Aramim	AP		Plasil	AP		Atad. de Crepe 6 cm	RL	
Azul de Metileno	AP		Premarin 20 mg	FR		Atad. de Crepe 10 cm	RL	01
Bic. de Sódio 10% 10 ml	AP		Prostigmine	AP		Atad. de Crepe 15 cm	RL	02
Bricanyl	AP		Quelicin 100 mg	FR		Atad. de Crepe 20 cm	RL	
Cedilanide	AP		Quelicin 500 mg	FR		Atad. de Crepe 30 cm	RL	
Clor. de Pot. 19,1% 10 ml	AP		Rapifen	AP		Atad. de Morim 15 cm	RL	
Clor. de Sódio 20% 10 ml	AP		Reliev	FR		Atadura Gessada 8x2	RL	
Clor. de Cálcio 10% 10 ml	AP		Revivan	AP		Atadura Gessada 10x3	RL	
Clorid. de Morfina 0,02gr	AP		Ropivacaina	AP		Atadura Gessada 15 cm	RL	
Cloridato de Nalorfina	AP		Seloken	AP		Atadura Gessada 20 cm	RL	
Cloridato de Papaverina	AP		Sol. Bic. de S. 10% 250 ml	FR		Bloclusive	UN	
Colírio	ML		Sol. Manitol 20% 250 ml	FR		Bolsa de Colostomia	UN	
Complexo B	AP		Sol. Ringer Lact. 500 ml	FR	01	Cateter Peridural	UN	
Diprivan	AP		Solução Euroclins	FR		Cachimbo p/ PAM	UN	
Dramin	AP		Solução de Eletrólitos	AP		Cânula de Guedel Tam.	UN	
Decadron 4 mg	FR		Solucortef 500 ml	FR		Col. de Urina S. Fechado	UN	
Dilacoror	AP		Solumedrol 500 ml	FR		Col. de Urina Simples	UN	
Dilantina	AP		Soro Fisiológico 1000 ml	FR	05	Compressinha 23x25 c/ 10	UN	
Dormoid	AP	01	Soro Fisiológico 500 ml	FR	02	Compressa 45x50 c/ 6	UN	15
Efortil	AP		Soro Fisiológico 250 ml	FR		Cord Clamp	UN	
Etrane	ML		Soro Glicofisol 500 ml	FR		Dreno Kerr N°	UN	
Epitesan Pamda	TB		Soro Glicos. 10% 1000 ml	FR		Dreno Malecot N°	UN	
Ergotrate	AP		Soro Glicos. 10% 500ml	FR		Dreno Penrose N°	UN	
Flagyl 500 mg	FR		Soro Glicos. 5% 1000 ml	FR		Dreno Pezzet N°	UN	
Flaxedil	AP		Soro Glicos. 5% 500 ml	FR		Eletrodo Descartável	UN	05
Fentanil	ML	01	Soro Glicos. 5% 250 ml	FR		Equipo B. Infusão	UN	
Fluothane	ML		Styptanon	AP		Equipo Bureta	UN	
Forane	ML		Subgalato Bismuto	g		Eq. de Sangue c/ Bureta	UN	
Garamicina mg	AP		Sulfato Atropina	AP		Equipo Macrogotas	UN	
Glicose % 10 ml	AP		Sulfato Efedrina	AP		Equipo Microgotas	UN	
Glucagon	AP		Sulfato Magnésio	AP		Equipo p/ Sangue	UN	
Gluconato de Cálcio 10%	AP		Sulfato Prontamina	AP		Esparadrapo cm	UN	100
Haemacel	FR		Syntocinon	AP		Extensão de Látex	CM	03
Heparina	ML		Terra-Cortril	TB		Extensor para Soro	CM	
Hypnomidate	AP		Thionembutal	FR		Frasco a Vácuo Simples	UN	
Inoval	AP		Tracrium	AP		Frasco a Vácuo c/ ACD	UN	
Insulina	UI		Tramal	AP		Gaze Furacinada	UN	
Ipsilon 1 gr	FR		Valium 10 mg	AP		Gaze Vaselineada	UN	
Irurol Pomada	TB		Vitamina C	AP		Gazes 7,5 x 7,4	UN	40
Kanakion	AP		Votarem	AP		Gelo 5 Kg	UN	
Keflin 1 gr	FR		Xylocaina Pesada	AP		Gelfoan	UN	
Ketsalar	FR		Xylocaina 1% s/ Adr.	FR		Gorro	UN	05
Lanexat	AP		Xylocaina 2% s/ Adr.	FR		Intracath n° 1814	UN	
Lasix	AP		Xylocaina 2% s/ Adr.	TB		Intracath n° 1617	UN	
Marcaína c/ Adren 05%	FR		Xylocaina % c/ Adr.	FR		Jelco n°	UN	
Marcaína s/ Adren 05%	AP		Xylocaina 2% c/ Adr.	TB		Chondrina		
Ronidolona	01		Xylocaina Geléia	TB				
Preparado	01		Cinazolin	02				
			Cetamizina	03				
			Domperidona	01				
			Difenidramina	02				

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

00 000 000

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



At: 5891566
Pac: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA
Dt. Nascimento: 11/09/1999 Dt. Int: 22/05/2018
Convênio: UNIMED PORTALEM PLANO UNIMED - SF
Unidade: UNIDADE TERREC Leito: TER18

BOLETIM ANESTÉSICO

COD. FORM. 044 ASS. CIR
DATA: 16/12/2010
REVISÃO: 00

IDADE: 08a Nº DA SÍLA: 02 DATA: 22/5/18 EFEITOS DE PRÉ-MEDICAÇÃO
☐ ANSIOSO ☐ TRANQUILO ☐ SEDADO

23:45 00:45 01:00
SF 2 RU 8 GF 8 F 10

Recebemos
Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Recebemos
Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

96/97/98/99/00

RECEBEMOS

RECEBEMOS

10 Dexametasona 1mg
11 Dipirona 2g
12 Bromoprida 10mg
13 S.R.P.A.
14 Dolantina 50mg

GASOMETRIA		
Hora	11:00	12:00
Temp.	36,5	36,5
PH	7,38	7,38
pCO2	40	40
PaO2	100	100
SAT	98	98
BE	-2	-2
CO2	26	26
HCO3	24	24
H+	40	40
Na	136	136
K	4,0	4,0
Ca	1,0	1,0
G	1,0	1,0

ANEST. GERAL	VENTILAÇÃO	SIST. DE VENTILAÇÃO
☐ VENOSA	☒ ESPONTÂNEA	☐ C/ REANISORÇÃO
☐ INALATÓRIA	☐ CONTROLADA	☐ S/ REANISORÇÃO
☐ SOB MÁSCARA	☐ MANUAL	☐ CIR. C/ VALV.
☐ MASQ. LARING.	☐ MECANICA	☐ UARAKA
☐ ENTUBAÇÃO	VENTILADOR	☐ BAIN
☐ CÂMULA	VC ____ CC	INDUÇÃO
Nº ____	FREQ. ____	☐ INALATÓRIA
☐ ORAL	PRESSÃO TRAQ. MAX. ____	☐ VENOSA
☐ NASAL	____ EM H2O	
☐ C/ INALONETE	REL. VE ____	

ANEST. S/ INTERC ☒ SIM ☐ NÃO
DESCREVA: BRONCOESPASMO
HIPOTENSÃO
INTUBAÇÃO DIFÍCIL
QUEBRA DE DENTE
REAÇÕES ALÉRGICAS

TEMPO DE ANESTESIA

23:45 01:00

Paulo Antonio Xavier
Médico Anestesiologista
CREMEC 13476

RIDURAL
UCAL
QUE
N.º INUA
APLES
ER

MEDIANA	☒	ASULHA 266
PARAMEIANA	☐	TPO 10min
LOCAL	3-5	NÍVEL
VOLUME	3,5ml	LATÊNCIA

☐ SCLEROCULAR	MED DE	AS	mm
☐ INTERSCLEROC	MED DE	AS	mm
☐ AXILAR	MED DE	AS	mm
VOLUME	____	AS	mm
LATÊNCIA	____	AS	mm

Paciente: 71965 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data Nasc.: 11/09/1999

Nome Social:

Idade: 18 Anos 8 Meses 12 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5651566

Carteira: 0630020051802031

Plano: UNIPLANO - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER18

Data Doc.: 23/05/2018 01:09:38

Data de Internação: 22/05/2018

Dias de Internação: 1

Data Impress.: 23/05/2018 01:19

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Clinica ORTOPEDIA	Médico Responsável LAURO COSME DOS REIS NETO
----------------------	---

Diagnóstico EXTENSO FERIMENTO EM HALUX DIR + AVULSÃO OSSEA

Cirurgião DR LAURO REIS NETO	Anestesista DR PAULO ALCANTARA
---------------------------------	-----------------------------------

1º Auxiliar	2º Auxiliar
-------------	-------------

Cirurgia DESBRIDAMENTO DE EXTENSO FERIMENTO EM HALUX COM RETALHO CUTANEO LOCAL+OSTEOSSINTESE DE HALUX+ARTRODESE INTERFALANGEANA DO HALUX DIR

PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

☐ Cirurgia Ambulatorial ☐ Leito Dia ☒ Unidade de Internação ☐ UCO ☐ UTI Adulto ☐ UTI Ped ☐ UTI Neo

Profissionais Necessários:

☐ Clínico Geral ☐ Fisioterapia ☐ Nutrição ☐ Fonoaudiologia ☐ Farmácia ☐ Serviço Social ☐ Psicologia

Descrição da Cirurgia

- PACIENTE EM DDH SOB RAQUI-ANESTESIA
- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO EM FERIDA
- DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE EXTENSO FERIMENTO EM HALUX DIREITO
- VISUALIZADA LESÃO OSSEA POR AVULSAO EM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- REDUÇÃO DE LESÃO OSSEA E FIXAÇÃO COM 1 FIO DE KIRSCHNER DE 1,0MM
- VISUALIZADO REDUÇÃO DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA, ONDE A MESMA SE ENCONTRAVA INSTÁVEL
- REALIZADA ARTRODESE TEMPORÁRIA COM 1 FIO DE KIRSCHNER DE 1,5MM COM VISUALIZAÇÃO EM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- SUTURA DE FERIMENTO COM RETALHO CUTANEO LOCAL DO HALUX DIREITO COM PONTOS DISTANTES PARA DRENAGEM
- LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO
- CURATIVO ESTERIL

Previsão de Alta: 26/05/2018 18:00

Dr. Lauro Reis Neto

Ortopedia e Traumatologia

CRM/CE: 14847

LAURO COSME DOS REIS NETO / CRM - 14847

RECEBEMOS

18 MAI 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

00 00 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Atendimento: 5891448

Paciente: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Idade: 18 Anos 8 Meses

Data de Nascimento: 11/09/1999

Leito Atual:

Médico Assistente: LAURO COSME DOS REIS NETO

Setor: EMERGENCIA 24H - ADULTA

Prestador Responsável: LARISSE RODRIGUES DA SILVA

Conselho / Número

COREN 825 263

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 22/05/2018

Data anotação: 22/05/2018

Hora anotação: 23:00

Responsável: LARISSE RODRIGUES DA SILVA

Leito:

Anotação

PACIENTE A. S. DE S., 18 ANOS, MASCULINO, DEU ENTRADA NA EMERGENCIA APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA NO PÉ DIREITO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO AS 23:00H CONFORME AVISO, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, ACESSO VENOSO PERIFERICO FUNCIONANTE EM MSE, SE EM REPOUSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Unimed Fortaleza
Verônica Maria Ferreira Lima
Téc. em Secretariado - Administração

Hospital Regional
Unimed Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Hospital Regional
Unimed Fortaleza
Larisse Rodrigues da Silva
Téc. de Enfermagem - COREN 825.263

RECEBEMOS

04 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

LARISSE RODRIGUES DA SILVA
COREN 825 263



Paciente: 71969630 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data Nasc.: 11/09/1999

Nome Social:

Idade: 18 Anos 8 Meses 11 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5891448

Carteira: 0630020051802031

Plano: UNIPLANO - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/05/2018 23:17:2

Data de Internação: 22/05/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/05/2018 23:17

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

22/05/2018 23:17 2

PACIENTE, A.S.S., 18 ANOS, SEXO MASCULINO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, INTERNADO PARA LIMPEZA CIRURGICA EM H ESQUERDO. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NEGA CO MORBIDADES. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO NHB'S, EUPNEICO EM AR AMBIENTE SEM SUPORTE DE O2, EM REPOUSO NO LEITO. DIETA ZERO ATE SEGUNDA ORDEM. PUNCI CVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA E HV. DIURESE ESPONTANEA. PELE INTEGRA SEM LESAO POR PRESSAO. SEGUE AOS CU DA EQUIPE.

Unimed
Verônica Maria Ferreira Lima
Téc. em Saúde - Administração

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

RECEBEMOS

000000

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
Téc. em Saúde - Administração

Paciente: 71969630 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data Nasc.: 11/09/1999

Nome Social:

Idade: 18 Anos 8 Meses 11 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5891448

Carteira: 0630020051802031

Plano: UNIPLANO - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 22/05/2018 23:17:24

Data de Internação: 22/05/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 22/05/2018 23:17

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

22/05/2018 23:17

PACIENTE, A.S.S., 18 ANOS, SEXO MASCULINO. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, INTERNADO PARA LIMPEZA CIRURGICA EM HAL ESQUERDO. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NEGA CO MORBIDADES. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO S NHB'S, EUPNEICO EM AR AMBIENTE SEM SUPORTE DE O2, EM REPOUSO NO LEITO. DIETA ZERO ATE SEGUNDA ORDEM. PUNCION CVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA E HV. DIURESE ESPONTANEA. PELE INTEGRA SEM LESAO POR PRESSAO. SEGUE AOS CUID DA EQUIPE.

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Unimed
Fortaleza
Ana Maria Ferreira Lima
Secretaria de Administração

23:40 transferido para c. e.

Hospital Regional
Fortaleza
Ana Maria Duarte de Jesus
Secretaria - CONEX 22/05/2018

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

04 000 000

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Hospital Regional
Fortaleza
Ana Maria Duarte de Jesus
Secretaria - CONEX 22/05/2018



Paciente: /1969630 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA
Mãe: LILIANE ALBUQUERQUE SANTIAGO
Data Nascimento: 11/09/1999 Sexo: Masculino
Carteira: 0630020051802031
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 18 Anos 9 Meses 22 Dias
Atendimento: 5950562
Data Atendimento: 03/07/2018
Profissão: ESTUDANTE
Naturalidade: FORTALEZA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

03/07/2018 13:34

QUEIXA PRINCIPAL

TRAUMA PE DIR

HDA

POS OP DE OSTEOSINTESE EVOLUINDO COM NECROSE CUTANEA E SUSPEITA DE OSTEOMIELE

DESCRIÇÃO DO EXAME FISICO

NECROSE CUTANEA E SUSPEITA DE OSTEOMIELE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

NECROSE CUTANEA / OSTEOMIELE

M866 - OUTRA OSTEOMIELE CRONICA

COMORBIDADES

- ☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNAÇÃO

DENGUE

- ☐ Sinal de Alarme ☐ Sinal de Choque ☐ Sangramento Espontâneo ou Comorbidades ☐ Prova do laço positiva

VICTOR MAGALHAES CALLADO

CRM: 10136

Victor Magalhães Callado
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM 10.136/RQE 6841

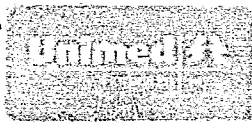
RECEBEMOS

18 JUL 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Ficha de Atendimento - INTERNACAO

NOME SOCIAL:

Dados do Paciente

UNIPLANO - ENF

Usuário do Cadastro : DASA

Paciente : 71969630 Idade: 18 Anos / 9 Meses / 11
Nome do Paciente : ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA Data Nascimento : 11/09/19
Sexo : MASCULINO Estado Civil : SOLTEIRO Religião : CATOLICA
Profissão : ESTUDANTE Naturalidade : FORTALEZA
Endereço : RUA VERA CRUZ Número : 222
Bairro : PARQUE GUADALAJARA - JUREMA Cidade : CAUCAIA
CEP : 61650240
Telefones: 988721778-MAE / 989234602-PAC /
Identidade : 2007010072268 CPF : 05232064371
Nome da Mãe : LILIANE ALBUQUERQUE SANTIAGO
Nome do Pai : RAIMUNDO NONATO DE SOUZA

Dados do Responsável

Nome : LILIANE ALBUQUERQUE SANTIAGO Parentesco : FILHO (A) Fone : 989234602
Endereço : VERA CRUZ Número : 222
Complemento : CASA I CEP : 61650240

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

Número : 5950892



Data : 03/07/2018 Hora : 15:11

5950892

Origem : RECEPCAO DE EMERGENCIA ADULTO Tipo : INTERNACAO CIRURGICA
Unidade de Internação : UNIDADE TERREO Leito : TER37

Médico do Atendimento : 4574 LAURO COSME DOS REIS NETO
Conselho: CRM -14847 Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio : 1 UNIMED FORTALEZA Plano : UNIPLANO - ENF
Carteira : 0630020051802031 Guia : 106196901 Dias Autorizados : Horas Autorizadas :
Acomodação : ENFERMARIA DE OBSERVACAO

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CID : Z000 EXAME MEDICO GERAL
Procedimento principal : 42030064 DESBRIDAMENTO DE ESCARA OU ULCERACAO
Local de Procedência :

Observação: ESTADUAL - REG - SEM CARENCA - ENF

RECÊBEMOS

18 JUL 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECÊBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Paciente: 71959570 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data Nasc.: 11/09/1999

Nome Social:

Idade: 18 Anos 9 Meses 22 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5950892

Carteira: 0530020051602031

Plano: UNIPLANO - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER37

Data Doc.: 03/07/2018 22:04:47

Data de Internação: 03/07/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 03/07/2018 22:1

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Clinica ORTOPEDIA	Médico Responsável LAURO COSME DOS REIS NETO
Diagnóstico PSEUDOARTROSE / OSTEOMIELITE DO HALUX DIR	
Cirurgião DR LAURO	Anestesista DRA CAMILA
1º Auxiliar	2º Auxiliar
Cirurgia AMEN- PSEUDOARTROSE / OSTEOMIELITE DO HALUX + ENXEIA OSSEA + EXCISÃO DE FERIDA E RETALHO MIOCUTANEO LOCAL	
PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO	
☐ Cirurgia Ambulatorial ☐ Leito Dia ☒ Unidade de Internação ☐ UCO ☐ UTI Adulto ☐ UTI Ped ☐ UTI I	
Profissionais Necessários:	
☐ Clínico Geral ☐ Fisioterapia ☐ Nutrição ☐ Fonoaudiologia ☐ Farmácia ☐ Serviço Social ☐ Psicologia	

Descrição da Cirurgia

- PACIENTE EM DDH SOB RAQUI-ANESTESIA
- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- DESBRIDAMENTO CIRURGICO DO EXTENSO FERIMENTO EM HALUX DIREITO
- RETIRADA TECIDO NECROTICO DA REGIAO LATERAL E INFERIOR DO HALUX
- RETIRADA DE MATERIAL SE SINTESE ANTERIOR (FIOS DE KIRSCHNER)
- VISUALIZADO REDUÇÃO DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA, ONDE A MESMA SE ENCONTRAVA ESTAVEL
- DESBRIDAMENTO DE TECIDO OSSEO E TECIDO PARTES MOLES E EVNIADO PARA CULTURA E ANTIBIOGRAMA
- ENXERTIA OSSEA AUTOLOGA LOCAL DO HALUX
- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO EM FERIDA
- REALIZADO RETALHO MIOCUTANEO EM REGIÃO LATERAL DO HALUX DEVIDO FINA CAMADA DE TECIDO COBRINDO TECIDO OSSEO
- CURATIVO ESTERIL COM COLAGENASE LOCAL

Previsão de Alta: 06/07/2018 12:00

Dr. Lauro Reis Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - CF: 14847
LAURO COSME DOS REIS NETO / CRM - 14847

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Paciente: 719696 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data Nasc.: 11/09/1999

Nome Social:

Idade: 18 Anos 9 Meses 22 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5950892

Carteira: 0630020051802031

Plano: UNIPLANO - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER37

Data Doc.: 03/07/2018 22:11:22

Data de Internação: 03/07/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 03/07/2018 22:11:22

EVOLUÇÃO MÉDICA - CENTRO CIRÚRGICO

ALERGIA:

* C.C. *

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE/OSTEOMIELEITE DO HALUX DI
SEM INTERCORRENCIAS.

Dr. Lauro Reis Neto

Ortopedia e Traumatologia

CRM - CE 14847

LAURO COSME DOS REIS NETO / CRM - 14847

RECEBEMOS

18 JUL 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

04 JUL 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Paciente: 71969630 ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data Nasc.: 11/09/1999

Nome Social:

Idade: 18 Anos 9 Meses 22 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5950892

Carteira: 0630020051802031

Plano: UNIPLANO - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER37

Data Doc.: 03/07/2018 22:41:27

Data de Internação: 03/07/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 03/07/2018 22:53

EVOLUÇÃO MÉDICA - CENTRO CIRÚRGICO

ALERGIA:

22:25 PACIENTE ADMITIDA NA SRPA EM POI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE + OSTEOMIELITE DO HALUX DIREITO SOB BLOQUEIO SUBARACNOÍDE COM BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA MG + MORFINA 60 MCG + SEDAÇÃO VENÓSA. APRESENTA PARÂMETROS HEMODINÂMICOS ESTÁVEIS, EVA=0, AGUARDANDO EVOLUÇÃO.
0:30 ALTA DA SRPA COM ÍNDICE DE ALDRETE KROULIK MODIFICADO 10.

MARIA DE FATIMA F TABOSA / CRM - 1666

RECEBEMOS

18 JUL 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

06 JUL 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIÃO:

TRATAMENTO PROPOSTO:

1º AUXILIAR:

TRATAMENTO EFETUADO:

2º AUXILIAR:

RESPIRATÓRIO	GASTROINTESTINAL	CARDIOVASCULAR	NEUROLÓGICO	MÚSCULO ESQUELÉTICO	ENDÓCRINO	HEMATOLÓGICO
☐ Asma bronquial	☐ Hepatite	☐ Valvopatia	☐ Coma	☐ Artrite	☐ Diabetes	☐ Anemia
☐ DPOC/Dispneia	☐ Icterícia	☐ Alt. congênita	☐ HIC	☐ Doença muscular	☐ Doen. da Tireóide	☐ Hemofilia
☐ Tosse produtiva	☐ RGE	☐ ICC/ ortopnéia	☐ Lesão medular	☐ Afecção de coluna	☐ Gestação	☐ Coagulopatia
☐ IVAS recente	☐ Obst. Intestinal	☐ ECG anormal	☐ Lesão periférica	☐ Fratura	☒ Obesidade	☐ Transfusão
☐ Dof. torácica	☐ Pancreatite	☐ Angina/ IM	☐ Parkinson	☐ Patologia óssea	☐ Desnutrição	☐ ANESTESIA PI
☐ Pneumopatia	☐ Hemorragia	☐ Hipertensão	☐ Psiquiátrico	☐ Osteoporose	☐ Atraso menst.	☐ Regional
☐ Lesões pleurais	☐ Estômago cheio	☐ Varizes MMII	☐ Cefaléia			☐ Geral
☐ RX alterado	☐ Cirrose	☐ Aptidão física ruim	☐ Síncope/ convulsão			☐ IOT Difícil
		☐ Ecocardio alterado	☐ Parestesias			
INFECCIOSO	RENAL	HÁBITOS	ALERGIAS	MEDICAÇÕES EM USO	EXAMES EM VIAS AÉREAS	
☐ Sepsis	☐ IRA	☐ Fumo	☒	☒	Mallampati I II III IV	☐ Incis. Proeminer
☐ Peritonite	☐ IRC	☐ Alcool			Tireomentoniano ☒ <6cm	☐ [] S ☒ N
☐ Tuberculose	☐ Infec. Urinária	☐ Drogas			☐ >6cm	☐ Extensão Atlântico
☐ H.I.V.	☐ Sangramento				Abertura de boca ____ cm	☐ [] 0 ☒ 1/2 ☐ 1 cc

Peso (kg)	Altura (cm)	Pulso P/min	Grupo ABO/Rh	Hto (%)	Hb (g)	Glicemia	PA (Torr)	RECEBEMOS 18 JUL 2018 Maria Cecineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.736/0001-06
Uréia	Creatinina	Albumina	Na	Cloro	K	KGO	TGP	
Estado físico (ASA)	Pré-medicação	Jejum	Médico CRM					

RESERVAÇÃO MÉDICA	HORA	REGISTRO DE ENFERMAGEM
1] CARDIOSCÓPIO		
1] OXÍMETRO		
1] PAM		
1] LIGA 02		
1] DESLIGA 02		
1] PANI		

PERDAS E FLUÍDOS

HORÁRIOS									
DIURESE									
SANGRAMENTO									

SINAIS VITAIS

HORÁRIOS	22:30	22:45	23:00	23:15	23:30	24:00	24:30
LSO	108x48	104x43	113x45	114x42	115x43	114x41	113x43
TEMPERATURA	35,6	-	36	-	35,9	36,9	37
EQ. RESPIRATÓRIA	22	15	18	16	16	14	17
PR	0	0	0	0	0	0	0

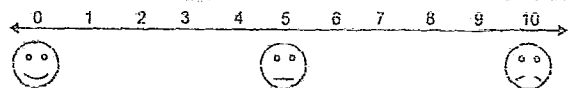
avaliação facial	Choro	Padrão Respiratório	Membros superiores	Membros inferiores	Nível de consciência
relaxado	0 - Ausente	0 - rítmico e regular	0 - relaxados	0 - relaxados	0 - dormindo/calmo
irritado	1 - resmungos	1 - diferente do padrão de repouso	1 - fletidos/estendidos	1 - fletidos/estendidos	1 - irritado
	2 - forte				

Escala de Faces Wong/ Baker (2 a 6 anos)



- 1 - sem dor
2 a 3 - dor leve
4 - dor moderada
5 - dor forte
6 - dor insuportável

Escala Analógica Digital (de 7 anos acima)



- 0 - sem dor
1 a 3 - fraca
4 a 6 - moderada
8 a 9 - intensa
10 - insuportável

ÍNDICE DE ALDRETE

		Adm.	1h	2h	3h	ALTA
capaz de movimentar 4 membros espontaneamente ou pedido	=2					
capaz de movimentar 2 membros espontaneamente ou pedido	=1	ATIVIDADE MOTORA				
capaz de movimentar 0 membros espontaneamente ou pedido	=0					
capacidade para respirar fundo e tossir	=2					
espontânea ou respiração controlada	=1	RESPIRAÇÃO				
oxigenação	=0					
Sa >= 92% do nível pré-oxigenação	=2					
Sa >= 90% ou SpO2	=1	CIRCULAÇÃO				
Sa >= 88%	=0					
totalmente acordado	=2					
acordando mas despertável quando estimulado	=1	CONSCIÊNCIA				
acordando não despertável quando estimulado	=0					
resado	=2					
lido, escuro, letárgico, outros	=1	COLORAÇÃO				
anótico	=0					

monitorização: () Concentração de Hemácias () Plasma () Plaquetas

Sinais Vitais: Início: / Final: T= / P= / R= / PA= /

PA MÉDICA CRM HORÁRIO 0:30

RECEBEMOS

ENFERMAGEM 18 OUT 2018 COREN HORÁRIO

RECEBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS EM SALA (ANESTESIOLOGISTA)

DATA: 16/12/2010

REVISÃO: 00

MEDICAMENTOS						MATERIAIS E EQUIPAMENTOS							
NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UN
ADALAT	CAPS		INDERAL	AMP		RAPIFEN	AMP		ABOCATH	UND		SERINGA 10CC	UI
ADENOCARD	AMP		INOVAL	AMP		REVIVAN	AMP		AGULHA DESCARTÁVEL	UND	01	SERINGA 20CC	UI
ADRENALINA	AMP		INSULINA REGULAR	FC		ROCURONIO	FC		AGULHA INSULINA	UND		SONDA ASPIRAÇÃO	UI
ÁGUA B/DESTILADA	AMP		IPSILAN	FR		SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	ML	01	AGULHA PERIDURAL	UND		SONDA NASOGÁSTRICA#	UI
AMINOFILINA	FC		ISUPREL	AMP		SOLUÇÃO FRUTOSE	ML		AGULHA PARA RAQUE	UND	01	TUBO ARAMADO#	UI
ANCORON	AMP		KANAKION			SOLUÇÃO GLICOFISIOLÓGICA 1,1	ML		CAL SODADA	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF#	UI
ITAK	AMP		KEFAZOL 1g	FC	02	SOLUÇÃO GLICOSE 5%	ML		DISCOFIX - TORNEIRA 3 VIAS	UND	01	TUBO ROBERTSHAW#	UI
APRESOLINA	AMP		LANEXAT	ML		SOLUÇÃO RINGER COM LACTOSE	ML	01	ELETRODO	UND	05	BOMBA DE INFUSÃO	HO
ATROPINA	AMP		LANOXIN	AMP		SOLUCORTEF	FC		EXTENSOFIX	UND	01	CAPNÓGRAFO	HO
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP		LASIX	AMP		SUFENTA	AMP		INTIMA	UND		CARDIOSCÓPIO (ECG)	HO
BREVIBLOC	AMP		LEVOPHED	AMP		TIOPENTAL	ML		INTRAFIX AIR (FOTOSSENSÍVEL)	UND		DEFIBRILADOR	API
CAPOTEN	AMP		LIQUEMINE 0,25	AMP		TRACRIUM	AMP		INTRACATH (CAVAFIX)	UND		ECG	UN
CEDILANIDE	AMP		LIQUEMINE	ML		TRANSAMIN	FC		INTRAFIX COM INJETOR LATERAL	UND	01	FLOWTRON	HO
CETAMINA	AMP		MANITOL 20%	TUB		TRANSAMIN	AMP		INTRAFIX MICROGOTAS	UND		GAYMAR (COLCHÃO TÉRMICO)	HO
CHIANEST 3% COM OCTAPRESIN	TUB		MARCAINA 0,5% COM ADRENALINA	FC		TRIDIL	ML		MASCARA LARINGEA	UND		OXÍMETRO	HO
CLEXANE	AMP		MARCAINA 0,5% SEM ADRENALINA	FC		VALIUM	ML		PERIFIX (CATETER PERIDURAL)	UND		WARM-AIR	HO
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP		MARCAINA ISOBÁRICA	AMP		XILOCAINA 1% SEM ADRENALINA	GR		POLIFIX 2 VIAS	UND		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	HO
CLORETO DE SÓDIO	AMP		MARCAINA PESADA	AMP	01	XILOCAINA 2% COM ADRENALINA	ML		SCALP	UND		INTENSIFICADOR DE IMAGEM	HO
DECADRON	AMP	01	MIVACRON	AMP		XILOCAINA 2% SEM ADRENALINA	ML		SERINGA 35CC	UND	02	RESPIRADOR	HO
DILACORON	AMP		NARCAN	AMP		XILOCAINA GELÉIA	ML		GASES			HEMODERIVADOS	
DIMORF	AMP	01	NAROPIN 10%	FC		XILOCAINA SPLAY	AMP		NOME	UNID	QTD	NOME	UN
DIPRIVAN	AMP		NAROPIN 7,5%	FC		ZOFRAN	FC		AR COMPRIMIDO	HORA		ALBUMINA	
DOBUTREX	AMP		NINBIUM	FC		Superion		01	OXIDO NITROSO	HORA		PLASMASTERIL	
DOLANTINA	AMP		NIPRIDE	AMP					OXIGENIO	HORA	1h	CONCENTRADO HEMÁCIAS	
DORMONID 15mg	AMP		NORADRENALINA	AMP					ETRANE	ML		PLASMA	
DORMONID 5mg	AMP	01	NORCURON	AMP					HALOTANO	ML		PLAQUETAS	
DROPERIDOL	AMP		NUBAIN	AMP					FORANE	ML		CRIO	
EFEDRINA	AMP		OMEPRAZOL	AMP					ISOFORANE	ML			
FENERGAN	AMP		PANTOPRAZOL	AMP					DESFLURANE	ML			
FENTANIL	AMP	01	PAVULON	AMP					OBSERVAÇÕES				ANESTESIOLOGISTA
FLAGYL 0,5g	FC		PLAMET	AMP									
FLAXIPARINA	UI		PROCAMIDE	AMP									
GLICOSE 50%	FC		PROFENIDE	FC									
GLUCAGON	AMP		PROSTIGMINE	AMP									
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP		PROTAMINA	AMP									
HYDROCEL	AMP		QUELICIN	FC									
HYTHOMIDADE	AMP		RANITIDINA	AMP									

RECEBEMOS

00000000

Maria Cecinella F. Nobre

Portadora de Seguros Fiel

12.04.2011 187.730.000

Dnº Romilda W

10.330/6

RECEBEMOS

00 00 000

Maria Cecileide F. Nobre
 107.733.000-106
 11.012.1.187.733.000-106

Dnº Edmundo L
 110.330.16

Unidade UNIDADE TERREO Leito:TER37

BOLETIM ANESTÉSICO

COD. FORM.044.ASS.CIR
DATA: 16/12/2010
REVISÃO: 00

[illegible]

ALL 10 330



Nome Social:

Idade: 18 Anos 9 Meses 24 Dias

Sexo: Masculino

Data Nasc.: 11/09/1999

Carteira: 0630020051802031

Plano: UNIPLANO - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: 7º PAVIMENTO ALA NORTE

Leito: ENF716-1

Data Doc.: 05/07/2018 21:06:00

Data de Internação: 03/07/2018

Dias de Internação: 2

Data Impress.: 05/07/2018 21:07

EVOLUÇÃO MÉDICA

ALERGIAS:

MOTIVO DA ADMISSÃO NO HRU

CID da HD

OSTEOMIELITE/NECROSE DO HALUX DIR

MOTIVO QUE JUSTIFICA A PERMANÊNCIA NO HOSPITAL / UNIDADE

ATB TERAPIA

LISTA DE PROBLEMAS

FC: 81-96 BPM

FR: 14-14 RPM

So2: 98-100 %

PA: 60-80 / 100-120 MMHG

T: 35,8-36,6 GRAUS

GLICOTESTE

EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO

2º P.O DESBRIDAMENTO DO HALUX DIR

PACIENTE SEM QUEIXAS.

FERIDA LIMPA E SECA SEM SINAIS DE INFECÇÃO. SEM SECREÇÃO OU PUS.

SINAIS DE FIBRINA

NV PRESERVADO

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES

PLANO TERAPÊUTICO E CONDUTA

MANTER ATB

A 1ª PROGRAMA PARA 06/07/18 APOS DOSE DO ATB (CIPRO)

PREVISÃO DE ALTA 06/07/2018

MÉDICO: LAURO COSME DOS REIS NETO

CRM - 14847

RECEBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Atendimento:

Paciente: JACINTO DE SOUZA

Data de Nascimento: 03/1999

Médico: LAURO COSME DOS REIS NETO

Responsável: ANTONIA EMANUELA BESERRA DE FREITAS

Carteira Profissional: COREN 1012829

Idade: 18 Anos 9 Meses

Leito Atual: ENF716-1

Setor: 7º PAVIMENTO ALA NORTE

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 06/07/2018

Data anotação: 06/07/2018

Hora anotação: 10:15

Responsável: ANTONIA EMANUELA BESERRA DE FREITAS

Leito: ENFERMARIA 716-1

Anotação

PACIENTE 2 PO DE TRATAMENTO PSEUDOARTROSE / OSTEOMIELITE DO HALUX + ENXERTIA OSSEA + EXCISÃO DE FERIDA E RETALHO MIOCUTANEO LOCAL, EVOLUI ESTÁVEL EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES BÁSICAS, ACEITANDO BEM A DIETA VO OFERECIDA, AVP EM MSE EM USO DE HV+ATB+TM, DEAMBULA, DIURÊSE PRESENTE E ESPONTÂNEA, COOPERATIVO.
SEGUE EM OBSERVAÇÃO
SOBRE OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.
ADMINISTRADO ANTIBIOTICO DE HORARIO.
ALTA HOSPITALAR PARA 11:00 HS

RECEBEMOS

04 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06ANTONIA EMANUELA BESERRA DE FREITAS
COREN 1012829

Paciente: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Idade: 18 anos, 8 meses e 11 dias

Prontuário: 71969630

Setor: EMERGENCIA 24H - ADULTA

Status/Sexo: U / M

Solicitante: ADRYANO GONCALVES MARQUES

Data do Exame: 22/05/2018 20:14:00

Atendimento: 5891448

Ac.Number: 3182194

Pedido: 2641743

Data Nascimento: 11/09/1999 00:00:00

RAIO X - PÉ DIR. AP/OBL

LAUDO:

- Sub-luxação da interfalangeana do halux. Demais estruturas ósseas de corticais íntegras e trabeculado preservado.
- Espaços articulares íntegros, de amplitudes preservadas.
- Partes moles peri-articulares sem evidências de calcificações patológicas.

RECEBEMOS



Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Dr(a).HENRIQUE SILVA THÉ PONTES
CRM: 4403

O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico"

	Paciente: 71965 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA	Data Nasc.: 11/09/1999
	Nome Social:	
	Idade: 18 Anos 8 Meses 12 Dias	Sexo: Masculino
	Carteira: 0630020051802031	Plano: UNIPLANO - ENF
	Unidade: UNIDADE TERREO	Leito: TER18
Data de Internação: 22/05/2018	Dias de Internação: 1	Data Impress.: 23/05/2018 01:19

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Clinica ORTOPEDIA	Médico Responsável LAURO COSME DOS REIS NETO
----------------------	---

Diagnóstico EXTENSO FERIMENTO EM HALUX DIR + AVULSÃO OSSEA

Cirurgião DR LAURO REIS NETO	Anestesista DR PAULO ALCANTARA
---------------------------------	-----------------------------------

1º Auxiliar	2º Auxiliar
-------------	-------------

Cirurgia DESBRIDAMENTO DE EXTENSO FERIMENTO EM HALUX COM RETALHO CUTANEO LOCAL+OSTEOSSINTESE DE HALUX+ARTRODESE INTERFALANGEANA DO HALUX DIR

PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

☐ Cirurgia Ambulatorial
 ☐ Leito Dia
 ☒ Unidade de Internação
 ☐ UCO
 ☐ UTI Adulto
 ☐ UTI Ped
 ☐ UTI Neo

Profissionais Necessários:

☐ Clínico Geral
 ☐ Fisioterapia
 ☐ Nutrição
 ☐ Fonoaudiologia
 ☐ Farmácia
 ☐ Serviço Social
 ☐ Psicologia

Descrição da Cirurgia

- PACIENTE EM DDH SOB RAQUI-ANESTESIA
- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO EM FERIDA
- DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE EXTENSO FERIMENTO EM HALUX DIREITO
- VISUALIZADA LESÃO OSSEA POR AVULSAO EM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- REDUÇÃO DE LESÃO OSSEA E FIXAÇÃO COM 1 FIO DE KIRSCHNER DE 1,0MM
- VISUALIZADO REDUÇÃO DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA, ONDE A MESMA SE ENCONTRAVA INSTÁVEL
- REALIZADA ARTRODESE TEMPORÁRIA COM 1 FIO DE KIRSCHNER DE 1,5MM COM VISUALIZAÇÃO EM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- SUTURA DE FERIMENTO COM RETALHO CUTANEO LOCAL DO HALUX DIREITO COM PONTOS DISTANTES PARA DRENAGEM
- LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO
- CURATIVO ESTERIL

Previsão de Alta: 26/05/2018 18:00

Dr. Lauro Reis Neto

Ortopedia e Traumatologia

CRM - CE: 14847

LAURO COSME DOS REIS NETO / CRM - 14847



MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS EM SALA (ANESTESIOLOGISTA)

COD. FORM.045.ASS.CIR

DATA: 16/12/2010

REVISÃO: 00

MEDICAMENTOS									MATERIAIS E EQUIPAMENTOS					
NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD
ADALAT	CAPS		INDERAL	AMP		RAPIFEN	AMP		ABOCATH	UND		SERINGA 10CC	UND	2
ADENOCARD	AMP		INOVAL	AMP		REVIVAN	AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 40/12 2557-11	UND		SERINGA 20CC	UND	
ADRENALINA	AMP		INSULINA REGULAR	FC		ROCURONIO	FC		AGULHA INSULINA	UND		SONDA ASPIRAÇÃO	UND	
ÁGUA BIDEUTILADA	AMP		IPSILAN	FR		SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500 ML	ML	1	AGULHA PERIDURAL	UND		SONDA NASOGÁSTRICA#	UND	
AMINOFILINA	FC		ISUPREL	AMP		SOLUÇÃO FRUTOSE	ML		AGULHA PARA RAQUE 266	UND	1	TUBO ARAMADO#	UND	
ANCORON	AMP		KANAKION			SOLUÇÃO GLICOFISIOLÓGICA 1,1	ML		CAL SODADA	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF#	UND	
AK	AMP		KEFAZOL 1g	FC		SOLUÇÃO GLICOSE 5%	ML		DISCOFIX - TORNEIRA 3 VIAS	UND	1	TUBO ROBERTSHAW#	UND	
APRESOLINA	AMP		LANEXAT	ML		SOLUÇÃO RINGER COM LACTOSE 500 ML	ML	1	ELETRODO	UND	5	BOMBA DE INFUSÃO	HORA	
ATROPINA	AMP		LANOXIN	AMP		SOLUCORTEF	FC		EXTENSOFIX	UND		CAPNÓGRAFO	HORA	
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP		LASIX	AMP		SUFENTA	AMP		INTIMA	UND		CARDIOSCÓPIO (ECG)	HORA	1
BREVIBLOC	AMP		LEVOPHED	AMP		TIOPENTAL	ML		INTRAFIX AIR (FOTOSENSÍVEL)	UND		DESFIBRILADOR	APLIC	
CAPOTEN	AMP		LIQUEMINE 0,25	AMP		TRACRIUM	AMP		INTRACATH (CAVAFIX)	UND		ECG	UND	
CEDILANIDE	AMP		LIQUEMINE	ML		TRANSAMIN	FC		INTRAFIX COM INJETOR LATERAL	UND	1	FLOWTRON	HORA	
CETAMINA	AMP		MANITOL 20%	TUB		TRANSAMIN	AMP		INTRAFIX MICROGOTAS	UND		GAYMAR (COLCHÃO TÉRMICO)	HORA	
CITANEST 3% COM OCTAPRESIN	TUB		MARCAINA 0,5% COM ADRENALINA	FC		TRIDIL	ML		MASCARA LARINGEA	UND		OXÍMETRO	HORA	1
CLEXANE	AMP		MARCAINA 0,5% SEM ADRENALINA	FC		VALIUM	ML		PERIFIX (CATETER PERIDURAL)	UND		WARM-AIR	HORA	
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP		MARCAINA ISOBÁRICA	AMP		XILOCAINA 1% SEM ADRENALINA	GR		POLIFIX 2 VIAS	UND		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	HORA	
CLORETO DE SÓDIO	AMP		MARCAINA PESADA	AMP	1	XILOCAINA 2% COM ADRENALINA	ML		SCALP	UND		INTENSIFICADOR DE IMAGEM	HORA	
DECADRON	AMP	1	MIVACRON	AMP	1	XILOCAINA 2% SEM ADRENALINA	6 ML	1	SERINGA 05CC	UND	2	RESPIRADOR	HORA	
DILACORON	AMP		NARCAN	AMP		XILOCAINA GELEIA	ML		GASES			HEMODERIVADOS		
DIMORF 0,2 mg	AMP	1	NAROPIN 10%	FC		XILOCAINA SPLAY	AMP		NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD
DIPRIVAN	AMP		NAROPIN 7,5%	FC		ZOFRAN	FC		AR COMPRIMIDO	HORA		ALBUMINA		
DOBUTREX	AMP		NINBIUM	FC					OXIDO NITROSO	HORA		PLASMASTERIL		
DOLANTINA	AMP	1	NIPRIDE	AMP		9 FQ, 9% 250ml		1	OXIGENIO	HORA	1	CONCENTRADO HEMÁCIAS		
FORMONID 15mg	AMP	1	NORADRENALINA	AMP		Gentamicina		3	ETRANE	ML		PLASMA		
FORMONID 5mg	AMP		NORCURON	AMP		Cefalotina		2	HALOTANO	ML		PLAQUETAS		
DROPERIDOL	AMP		NUBAIN	AMP		Diprivan		2	FORANE	ML		CRIO		
EFEDRINA	AMP		OMEPRAZOL	AMP		5F 0,9% 100 ml		01	SEVORANE	ML				
FENERGAN	AMP		PANTOPRAZOL	AMP					DESFLURANE	ML				
FENTANIL 5 ml	AMP	1	PAVULON	AMP										
FLAGYL 0,5g	FC	1	PLAMET	AMP	1				OBSERVAÇÕES			ANESTESIOLOGISTA		
FLAXIPARINA	UI		PROCAMIDE	AMP										
GLICOSE 50%	FC		PROFENIDE	FC	1									
GLUCAGON	AMP		PROSTIGMINE	AMP										
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP		PROTAMINA	AMP										
HISOCEL	AMP		QUELICIN	FC										
HYPNOMIDADE	AMP		RANITIDINA	AMP	1									

Paulo Alcântara Xavier
Médico Anestesiologista
CREMEC 2436



DÉBIT

Pac: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA
Dt. Nasc: 11/09/1999 Dt. Int. 22
Convênio: UNIMED FORTALEZA/Plano UNIP
Unidade UNIDADE TERREO Leito: TER18

NOME:

IDADE: 18 SEXO: M CONVÊNIO:
CIRURGIA: Exatmo Beromunto
CIRURGIÃO: Dr. Mauro AUXILIAR:
INSTRUMENTADORA: Rapael

MEDICAMENTOS	Unid.	Quant.	MEDICAMENTOS	Unid.	Quant.	MATERIAIS	Unid.	Quant.
Adalat	CP		Marcaína Pesada	AP		Agulha Descartável 25x7	UN	01
Adrenalina 1%	AP		Mefoxin 1 gr IV	FR		Agulha Insulina	UN	01
Aerolin 0,5 mg	AP		Narcan	AP		Agulha Carpule 40x12	UN	03
Água Destilada 10ml	AP		Nipride	AP		Agulha Peridural	UN	
Água Destilada 500 ml	FR		Nitradisc mg	UN		Agulha p/ Raqui	UN	01
Alb. Humana 20% 50 ml	FR		Nor-Adrenalina	AP				
Alloferine	AP		Norcuron	AP		Algodão Ortop 10 cm	RL	
Aminofilina	AP		Nebacetin Pomada	TB		Algodão Ortop 15 cm	RL	
Ancoron	AP		Pavulon	AP		Algodão Ortop 20 cm	RL	
Aramim	AP		Plasil	AP		Atad. de Crepe 6 cm	RL	
Azul de Metileno	AP		Premarin 20 mg	FR		Atad. de Crepe 10 cm	RL	01
Bic. de Sódio 10% 10 ml	AP		Prost'gmine	AP		Atad. de Crepe 15 cm	RL	02
Bricanyl	AP		Quelicin 100 mg	FR		Atad. de Crepe 20 cm	RL	
Cedilanide	AP		Quelicin 500 mg	FR		Atad. de Crepe 30 cm	RL	
Clor. de Pot. 19,1% 10 ml	AP		Rapifen	AP		Atad. de Morim 15 cm	RL	
Clor. de Sódio 20% 10 ml	AP		Reliev	FR		Atadura Gessada 8x2	RL	
Clor. de Cálcio 10% 10 ml	AP		Revivan	AP		Atadura Gessada 10x3	RL	
Clorid. de Morfina 0.02gr	AP		Ropivacaina	AP		Atadura Gessada 15 cm	RL	
Cloridato de Nalorfina	AP		Seloken	AP		Atadura Gessada 20 cm	RL	
Cloridato de Papaverina	AP		Sol. Bic. de S. 10% 250 ml	FR		Bloclusive	UN	
Colírio	ML		Sol. Manitol 20% 250 ml	FR		Bolsa de Colostomia	UN	
Complexo B	AP		Sol. Ringer Lact. 500 ml	FR	01	Cateter Peridural	UN	
Diprivan	AP		Solução Euroclins	FR		Cachimbo p/ PAM	UN	
Dramin	AP		Solução de Eletrólitos	AP		Cânula de Guedel Tam.	UN	
Decadron 4 mg	FR		Solucortef 500 ml	FR		Col. de Urina S. Fechado	UN	
Dilacorón	AP		Solumedrol 500 ml	FR		Col. de Urina Simples	UN	
Dilantina	AP		Soro Fisiológico 1000 ml	FR	05	Compressinha 23x25 c/ 10	UN	
Dormoid	AP	01	Soro Fisiológico 500 ml	FR	02	Compressa 45x50 c/ 6	UN	15
Efortil	AP		Soro Fisiológico 250 ml	FR		Cord Clamp	UN	
Etrane	ML		Soro Glicofisio 500 ml	FR		Dreno Kerr N°	UN	
Epitesan Pamda	TB		Soro Glicos. 10% 1000 ml	FR		Dreno Malecot N°	UN	
Ergotrate	AP		Soro Glicos. 10% 500ml	FR		Dreno Penrose N°	UN	
Flagyl 500 mg	FR		Soro Glicos. 5% 1000 ml	FR		Dreno Pezzer N°	UN	
Flaxedil	AP		Soro Glicos. 5% 500 ml	FR		Eletrodo Descartável	UN	05
Fentanil	ML	01	Soro Glicos. 5% 250 ml	FR		Equipo B. Infusão	UN	
Fluothane	ML		Styptanon	AP		Equipo Bureta	UN	
Forane	ML		Subgalato Bismuto	g		Eq. de Sangue c/ Bureta	UN	
Garamicina mg	AP		Sulfato Atropina	AP		Equipo Macrogotas	UN	
Glicose % 10 ml	AP		Sulfato Efedrina	AP		Equipo Microgotas	UN	
Glucagon	AP		Sulfato Magnésio	AP		Equipo p/ Sangue	UN	
Gluconato de Cálcio 10%	AP		Sulfato Prontamina	AP		Esparadrão cm	UN	00
Haemacel	FR		Syntocinon	AP		Extensão de Látex	CM	03
Heparina	ML		Terra-Cortril	TB		Extensor para Soro	CM	
Hypnomidate	AP		Thionembutal	FR		Frasco a Vácuo Simples	UN	
Inoval	AP		Tracrium	AP		Frasco a Vácuo c/ ACD	UN	
Insulina	UI		Tramal	AP		Gaze Furacinada	UN	
Ipsilon 1 gr	FR		Valium 10 mg	AP		Gaze Vaselineada	UN	
Irurol Pomada	TB		Vitamina C	AP		Gazes 7,5 x 7,4	UN	40
Kanakion	AP		Votarem	AP		Gelo 5 Kg	UN	
Keflin 1 gr	FR		Xylocaina Pesada	AP		Gelfoan	UN	
Ketalar	FR		Xylocaina 1% s/ Adr.	FR		Gorro	UN	05
Lanexat	AP		Xylocaina 2% s/ Adr.	FR		Intracath n° 1814	UN	
Lasix	AP		Xylocaina 2% s/ Adr.	TB		Intracath n° 1617	UN	
Marcaína c/ Adren 05%	FR		Xylocaina % c/ Adr.	FR		Jelco n°	UN	
Marcaína s/ Adren 05%	AP		Xylocaina 2% c/ Adr.	TB		Chomoluna	01	
Ramiprilona	01		Xylocaina Geléia	TB				
Praxipride	01		Chomoluna	02				
			Gelatinas	03				
			Prontamina	01				
			Praxipride	02				

PRÓTESE

1 - TIPO:		3 - TIPO:	
MARCA:	CÓD.	MARCA:	CÓD.
		4 - TIPO:	



Paciente: 71969630 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data Nasc.: 11/09/1999

Nome Social:

Idade: 18 Anos 8 Meses 12 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5891568

Carteira: 0630020051802031

Plano: UNIPLANO - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER18

Data Doc.: 23/05/2018 00:57:00

Data de Internação: 22/05/2018

Dias de Internação: 1

Data Impress.: 23/05/2018 00:57

**Controle e Registro dos Materiais Esterilizados
utilizados no procedimento**

CIRURGIA: EXTENSOS FERIMENTOS DO PE D

DATA: 23/05/2018

MÉDICO CIRURGIÃO: DR: LAURO

ANESTESISTA: DR: PAULO

INSTRUMENTADORA: RAFAEL

CIRCULANTE: ANA PAULA

MATERIAL	INÍCIO CIRURGIA	FINAL CIRURGIA	OBSERVAÇÃO
Compressa:	15	15	
Gaze:	70	70	
Instrumental:	51	51	

**CME - CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO**

NOME PRODUTO:

Basica

RESP. PREPARO:

Edu

QUANT. PEÇAS

51

DATA ESTERILIZAÇÃO

22 MAIO 2018

DATA LIMITE:

22 MAIO 2018

Nº LOTE:

252041

Nº LOTE B&D:

Nº LOTE PCD:

DATA DO USO:

23/05/18

HORA:

00:00

S.O.:

02

CIRURGIÃO:

Dr. Lauro

OBS.:

OK

Pac: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA
Dt. Naso: 11/09/1999 Dt. Int. 22/05/2010
Convênio: UNIMED FORTALEZ/Plano UNIFIANO -
Unidade UNIDADE TERREO Leito: TER18

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CÓD: FORM.042.ASS.CIR
DATA: 11/08/2010
REVISÃO: 00

PACIENTE:

IDADE: 18a ATENDIMENTO:

LEITO:

DATA: 22/5/17

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta de Calcâneo D

CIRURGIÃO:

TRATAMENTO PROPOSTO:

Artrodese do Calcâneo + extensoes ferimentos

1º AUXILIAR:

TRATAMENTO EFETUADO:

2º AUXILIAR:

RESPIRATÓRIO	GASTROINTESTINAL	CARDIOVASCULAR	NEUROLÓGICO	MÚSCULO ESQUELÉTICO	ENDÓCRINO	HEMATOLÓGICO
Asma brônquica []	Hepatite []	Valvopatia []	Coma []	Artrite []	Diabetes []	Anemia []
DPUC/Dispneia []	Icterícia []	Alt. congênita []	HIC []	Doença muscular []	Doen. da Tireóide []	Hemofilia []
Tosse produtiva []	RGE []	ICC/ ortopnéia []	Lesão medular []	Afecção de coluna []	Gestação []	Coagulopatia []
IVAS recente []	Obst. Intestinal []	ECG anormal []	Lesão periférica []	Fratura ☒	Obesidade ☒	Transfusão []
Def. torácica []	Pancreatite []	Angina/ IM []	Parkinson []	Patologia óssea []	Desnutrição []	ANESTESIA PRÉVIA
Pneumopatia []	Hemorragia []	Hipertensão ☒	Psiquiátrico []	Osteoporose []	Atraso menst. []	Regional []
Lesões pleurais []	Estômago cheio []	Varizes MMII []	Cefaléia []			Geral []
RX alterado []	Cirrose []	Aptidão física ruim []	Síncope/convulsão []			IOT Difícil []
		Ecocardio alterado []	Parestesias []			
INFECCIOSO	RENAL	HÁBITOS	ALERGIAS	MEDICAÇÕES EM USO	EXAMES EM VIAS AÉREAS	
Sepse []	IRA []	Fumo []	☒	☒	Mallampati I II ☒ IV	Incis. Proeminentes
Peritonite []	IRC []	Álcool []			Tireomentoniano [] <6cm	[] S ☒ N
Tuberculose []	Infec. Urinária []	Drogas []			☒ >6cm	Extensão Attientoccipital
☒	Sangramento []				Abertura de boca 23 cm	[] 0 [] 1/2 [] completa

Peso (kg)	Altura (cm)	Pulso P/min	Grupo ABO/Rh	Hto (%)	Hb (g)	Glicemia	PA (Torr)	COMENTÁRIOS ADICIONAIS	
40 kg		90					160/100		
Úrénia	Creatinina	Albumina	Na	Cloro	K	KGO	TGP		
Estado físico (ASA)	Pré-medicação		Jejum	Médico CRM					
III			78a	Paulo Alcântara Xavier Médico Anestesiista CRM MEC 13436					



Paciente: 71969630 - ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

Data Nasc.: 11/09/1999

Nome Social:

Idade: 18 Anos 8 Meses 12 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5891568

Carteira: 0630020051802031

Plano: UNIPLANO - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: 6º NORTE

Leito: ENF614-1

Data Doc.: 23/05/2018 07:11:38

Data de Internação: 22/05/2018

Dias de Internação: 1

Data Impress.: 23/05/2018 07:13

EVOLUÇÃO MÉDICA

ALERGIAS:

MOTIVO DA ADMISSÃO NO HRU

CID da HD

FERIMENTO HALUX DIR

S913 - FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE

MOTIVO QUE JUSTIFICA A PERMANÊNCIA NO HOSPITAL / UNIDADE

ANTIBIOTICOTERAPIA

LISTA DE PROBLEMAS

CONFERE COM ORIGINAL

FC: 75-110 BPM

FR: 14-18 RPM

So2: 95-99 %

PA: 45-70 / 110-131 MMHG

T: 35,6-36,4 GRAUS

GLICOTESTE

EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO

1º P.O DESBRIDAMENTO HALUX DIR

PACIENTE SEM QUEIXAS,
FERIMENTO LIMPO E SECO
PERFUSÃO DIMINUIDA POREM PRESENTE

Verônica Maria Ferrreira Lima
Téc. em Secretariado - Administração

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES

PLANO TERAPÊUTICO E CONDUTA

MANTER ATB

PREVISÃO DE ALTA 26/05/2018

Dr. Lauro Reis Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - CE: 14847

MÉDICO: LAURO COSME DOS REIS NETO

CRM - 14847



DIV
ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

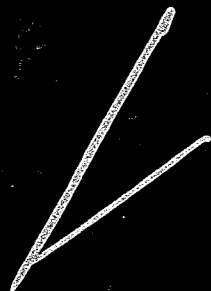
HOJE EX 14 24
DIA EX 20 18
CLÍNICA OSTEÓ

TEC ELANDRO
ID 4180



Maria Geckneide F. Nobre
Corretora de Seguros Extr.
CNPJ: 21.487.736/0001-06

1 0 1001 2818



TEC EVANDRO
ID 4780

Hora Ex 14 54
Data Ex 28/05/2018
CLINICA OSTEO

DIV:
ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CENTRO NACIONAL DE TRANSITO
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2007010072266 SSP CE

CPF
052.320.643-71 DATA NASCIMENTO
11/09/1999

PRIMAÇÃO
RAIMUNDO NONATO DE
SOUZA
LILIANE ALBUQUERQUE
SANTIAGO

PERMISSÃO
PERMISSÃO ACC CATIAH
AB

Nº REGISTRO
07002754512 VALIDADE
08/02/2019 1ª HABILITAÇÃO
08/02/2018

OBSERVAÇÕES
EAR;

ASSINATURA DO PORTADOR
Anderson Santiago de Souza

LOCAL
CAUCAIA, CE DATA EMISSÃO
09/02/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
05920868857
CE161479502

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1633049487

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633049487

Contato: (85) 9.8900-4595

Veridiana Bernardo

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

02 0000

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

000000

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013548047300
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA FJGO 01 COD RENAVAM 1141259912 RENTRO 0000000000 EXERCÍCIO 2018

ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

CAUCAIA/CE

05232064371 PDH3251

PLACA ANT/UF *****/CE CHASSI 9C2KC2200JR123776

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLO/NAO AFLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN ANO FAB 2017 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL 2P/0CV/162CC CATEGORIA PARTIC COR PRE DOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA I ***** ** VENC. COTA ÚNICA **/**/** VENC. COTA ÚNICA 1 *****
P ***** ** 2 *****
V FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS 3 *****
A ***** **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

AL FID. ADMIN DE CONS. NACIONAL HONDA LTDA; *****

CAUCAIA 10CV 17/01/2018
Ignor Pontre
LUIZ HAN-CL

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

CE Nº 013548047300 BILHETE DE SEGURO DPVAT 2018

05232064371 FOH3251

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

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

013548047300 92060120221

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 17/01/2018

VIA 01 COTE / CNPJ 05232064371 PLACA FOH3251

RENAVAM 1141259912 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN

ANO FAB 2017 ANO MOD 09 CHASSI 9C2KC2200JR123776

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO 4 COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO LOTE/DOC: 054804/09 LACRE MOTOR: KC22E0J123835

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490050 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIO K/PSEUDOARTROSE/OSTEOMIELITE/ENXERTIA ÓSSEA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490050 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do hálux do pé direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com deformidade óssea do hálux direito, aumento do volume do hálux direito, cicatriz irregular e anquilose do hálux do pé direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, redução e fixação metálica com fio de Kirschner.
Realizou fisioterapia (30 sessões).
Alta médica (08/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do hálux do pé direito.

Médico examinador: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 16562

UF do CRM do médico: CE

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Anderson Santiago de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Estudante
Identidade: 2007010072266 CPF: 052.320.643-71
Endereço: Rua São Cruz - Parque Yandara - n. 222

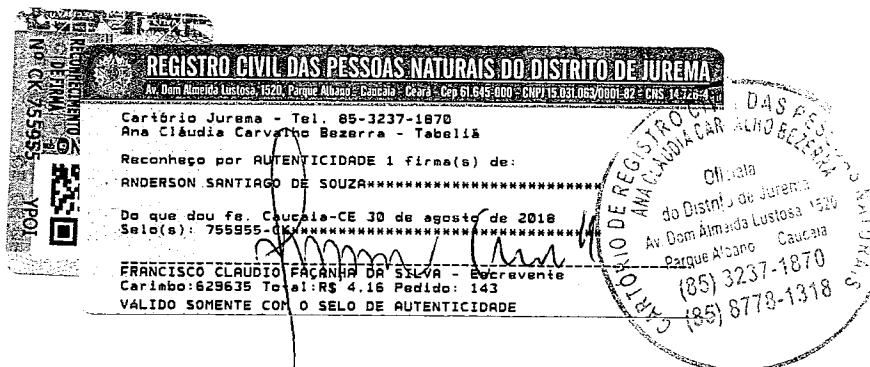
OUTORGADO:

Nome: Cláudia Silva de Oliveira Bernardo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Empresária
Identidade: 96012008502 CPF: 400.493.873-00
Endereço: Rua 1068 n. 135 - 4º etapa - Conjunto Leme - Fortaleza

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT

Local e Data: 30/08/2018 Caruaru 03/09/2018

Anderson Santiago de Souza
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECEBEMOS

18 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

04 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379713/18

Vítima: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

CPF: 052.320.643-71

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO : 400.493.373-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANDERSON SANTIAGO DE SOUZA : 052.320.643-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/10/2018
Nome: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO
CPF: 400.493.373-00

VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2018
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE