



Mônica Almeida

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Raimundo Nonato da Silva Lima brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão desempregado inscrito(a) sob o CPF nº
008.863.133-84 e RG nº _____ residente
e domiciliado na Rua Roseli Sampaio nº 86
Bairro Alto Alegre, na cidade de Fortaleza - Ce, telefone _____
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 às 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 n.: 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), 01 de NOVEMBRO de 2018.

Raimundo Nonato da Silva Lima

OUTORGANTE

Fortaleza-CE

85 99811.1818 | monicalmeida.adv@gmail.com

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354385/18

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA

CPF: 008.863.133-84

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA : 008.863.133-84

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 26/09/2018
Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA
CPF: 008.863.133-84

RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MÔNICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 017771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01777184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 2094 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **27/06/2018 08:22:13**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/05/2018 13:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOM ALMEIDA LUSTOSA**
 Complemento:
 Bairro: **PQ. ALBANO / JUREMA** Município: **CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA**
 Nascimento: **14/04/1986** CPF: **008.863.133-84**
 RG: **2002002142888** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA**
RAIMUNDO NONATO LIMA
 Endereço: **RUA ROSELI SAMPAIO, 86**
 Bairro: **PARQUE SANTA ROSA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **8915-3832**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMJ2346** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0810FR441045 Renavam: **1047903030** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
 Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **PRETA** Proprietário: **ISABEL CRISTINA DA S LIMA PREGENTINO**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o noticiante que no dia, hora e local acima citados trafegava na garupa da motocicleta acima descrita, pilotada pelo seu cunhado ANTONIO MANOEL MOREIRA PREGENTINO, quando de repente um carro avançou a via preferencial e colidiu na motocicleta em que o noticiante, causando a queda deste e de ANTONIO MANOEL; QUE apenas o noticiante foi lesionado gravemente, enquanto que ANTONIO MANOEL teve apenas pequenas escoriações; QUE a motorista do veículo causador do acidente socorreu o noticiante até o Hospital da UNIMED, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos, sendo transferido ao Hospital São Camila, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, ficando internado por dois dias, e recebendo alta no dia 21/05/2018; QUE o noticiante e ANTONIO MANOEL esqueceram de colher os dados do veículo causador do acidente, bem como o nome da motorista do mesmo. Nada mais disse.////

O noticiante está ciente de que provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado, caracteriza-se crime previsto no artigo 340 do Código Penal.////

...BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

ASS: *Sem efeito*
 04 SET. 2018

26 SET. 2018

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

...BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 27/06/2018 08:35:22

x Raimundo nonato da Silva Lima

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 017771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651



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

fls. 10



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 2094 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18, DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Raymundo rochato da SILVA bino

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

LISTA CORRETORA DE CEARÁ

04 SET. 2018 6 SET. 2018

ASS:



Paciente: 71942810 - RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA
 Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA
 Data Nasc.: 14/04/1986 Sexo: Masculino
 Carteira: 0630020053010060
 Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 32 Anos 1 Mês 5 Dias
 Atendimento: 5886722 fls. 11
 Data Atendimento: 19/05/2018
 Profissão:
 Naturalidade:

Ato

BOLETIM DE EMERGÊNCIA
QUEIXA PRINCIPAL

19/05/2018 14:46

TRAUMA DE PUUNHO

HDA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO TRAUMA NO PUNHO ESQ.

DESCRIÇÃO DO EXAME FISICO

AO EXAME APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO NO PUNHO.



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TRAUMA DE PUNHO

CID: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO



COMORBIDADES

- ASMA AVC HIPOTIREOIDISMO PNEUMOPATIA DPOC HAS HIPERTIREOIDISMO
- IRC DIABETES TABAGISMO CANCER OBESIDADE DOENCA 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

ERNANI FERNANDES DE SENA

CRM: 2958

IMPRESSO

26 SET. 2018

ASS:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceara, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 017771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

Nº: 086

FARMACIA HENRIQUETA MACIELA EDIFICADORA
FNC
 Rua Albano Amarel, 87 - Vila Manoel Sálvio

Atendimento: 3206.2773 / 3494.7010 / 3025.2011 / 98677.5074
 ENTREGA EM DOMICILIO GRATIS
 (AGRADECE VICTOR DA FARMACIA)

End: **Kobe Ki Sampaio**

QUANT.	Descrição das Mercadorias	P. Unit.	TOTAL
	REF.		
	CARTÃO		32,61
	(8712-1505) TOTAL		32,61

Data: _____

GRÁFICA RENASCEN - 3041.0022 / 0015.0061

reje VIA CLIENTE

FARMACIA NOSSA CNPJ: 69366639-0001-23
 R ALBANO AMAREL 0008 FORTALEZA

ENDIIO A VISTA R\$ 25,143

TOTAL ***** 36

MERCADO 26.06.18 - 15407

AUTO: 975960

cielo

RETA CORREAS
 CREDITO A VISTA
 *****1147 - F15-52068209
 VIA CLIENTE - CNPJ: 62.563.599-0001-66

FARMACIA APOLO XI

FORNALTALE
 DOC=171936 21/05/18 18:29 ONL-D

VIA A VISTA
 TOTAL: 32,61

EXIBO O DOCUMENTO FISCAL DE 1º N.º
 TIPO: TPA
 Nº DE APROVAÇÃO: Nº
 Nº DE INDICADO NESTE
 Nº DE INDICADO NESTE

LIBIA CORRETORA DE SEG
 26 SET. 2018

ASSI

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

REDE
CREDITO

REDE
CREDITO

VIA CLIENTE C

ROGARIA FORTAL CNPJ: 08922910/0001-33
 AV CONTORNO NORTE 15 FORTALEZA
 CREDITO A VISTA
 TOTAL: R\$ 35,25
 MASTERCARD
 AUTO: 050382 21/05/18 - 15H07

FISCAL DE INDICADOES
FISCAL DE INDICADOES
FISCAL DE INDICADOES

cielo

MASTERCARD
CREDITO A VISTA

*****1029 - Pos=52988309
VIA CLIENTE - CNPJ: 03.563.598/0001-66

FARMACIA APOLO XI

ORTALUA DE

DOC=171928 21/05/18 09:52 ONL-C

PARA A CREDITO

VALOR: 18,44

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

26 SET. 2018

Ass:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 017771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
 FARMACIAS PAGUE MENOS
 RUA COELHO DE CASTRO, 3686
 PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA-CEARA
OBRIGADO E VOLTE SEMPRE
 CNPJ: 06.626.253/0069-40
 IE: 06.907.844-0
 28/05/2018 17:43:38 CCF:266232 COO:497281

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DTD.	UN.	VL	DESCRICAO	UNIT(RS)	ST	VL ITEM(RS)
1	7896004711744				CL TRANADL 50MG CAP 1 UN F1			30,015
2	7896658002922				NOVANOX 675/125MG CP 1 CX F1			81,055
desconto item 1								-13,71
desconto item 2								-17,10
TOTAL R\$								80,25

CARTAO
 (FORTBRASIL)
 HD-5: 3E3D19FC31965628C826547C88A998BF
 CPF CLIENTE SEMPRE: 029,***,***-41
 Trib approx RS: 10,79 Federal e 10,87 Estadual
 ca/q13
 Fonte: I6PT
 FORTBRASIL C6281678167
 VDA CRED S/JR X EC000000000033914
 280518174423 **/** 046356819
 CNPJ/CPF consumidor:
 NONE: CPF/CNPJ NAO INFORMADO
 END.:

YcZ7SqVatn6apfTBrk4J0sq?CguNyKkEop6s8DKuGF#e1ANGJEZ1hsS1n
 SNEIDA IF ST200
 ECF-IF VERSAO: 01.00.05 ECF: 007 LJ: 069
 DP.: 74890 VEN: 8850
 NZC**ZHC 28/05/2018 17:44:31
 FAS: SMO3100000000011833

...BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

SS:



SÃO CAMILO

Hospital Cura d'ArS

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL CURA D'ARS
CNPJ: 60.975.737/0035-09

fls. 15

Número: **10050**
Valor(R\$): **30,00**

RECIBO

Recebemos de PARTICULAR a importância de TRINTA REAIS. Referente à PAC RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA REF A PAG DE COPIA DE PRONTUARIO

FORTALEZA, 23 de maio de 2018

ANGELICA MARINHO DAVID

cielo
 INSTITUICAO
 CREDITO A VISTA
 REDE PRESSAO

00000000000000000000 - POS=76916334
 VIA LOJA - CNPJ: 60.975.737/0035-09
 HOSPITAL CURA D'ARS
 COSTA BARROS 333
 FORTALEZA CE
 00000000000000000000 DOC=528039 AUT=3100169
 23/05/18 18:30 CNL-C
 VENDA A CREDITO
 REDE PRESSAO

DOCUMENTO FISCAL DE INDICADO RESGATE
 VALOR: 30,00

TRANSAÇÃO AUTORIZADA COM SENHA.
 ALEXSANDRA M V LIMA
 A00000000041010-11F9DE9846A72004
 Crédito

IA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

ASS:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ISABEL CRISTINA DA SILVA LIMA PREGENTINO,
 RG nº 2002002044274, data de expedição 18/05/2016
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 632.496.003-00, com
 domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DAS UMARIZEIRAS, nº 690,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Raimundo Norberto da Silva Lima cujo o condutor era
ANTONIO MANOEL MOREIRA PREGENTINO

Veículo: MOTOCICLO
 Modelo: HONDA INXR 160 BROS ESDO
 Ano: 2015
 Placa: PMJ 2346
 Chassi: 9C 2KD 081 OFR 441045
 Data do Acidente: 19-05-2018
 Local e Data: RUA - JUAQUIM NAUBIMO - FORTALEZA - CEARÁ

Isabel Cristina da S B. Pregentino

Assinatura do Declarante



Antonio Manoel Moreira Pregentino

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
 ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIAL INTERINA
 SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES
 CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE
 Tel: (85) 3296.2821 / 3467.0769 - E-mail: cartoriomondubim@hotmail.com.br
 Reconheço por autenticidade a firma indicada de
ISABEL CRISTINA DA SILVA LIMA PREGENTINO
 que confere a/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
 Fortaleza, 30 de junho de 2018. Em test. _____ da verdade.
 Valdelia Maria Cavalcante de Sousa (Escrivente Autorizada)
 Valor Total R\$ 4 16
Valdelia

Confira os dados do ato em:
 e@odigital@fce.jus.br/portal

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº CJ 870273 OIAI 02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651



HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Prescrição.:3903616 Data:19/05/2018 - 15:22 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M06256
Atendimento: 5886722 - Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA
Data Nascimento: Dt Nasc: 14/04/1986 (32a 1m 5d)
Médico.....: ANGELO JOSE GURGEL LUZ - CRM 6256
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo.../
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TALA GESSADA SUPERIOR ; Exame: 2639035	1					

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256
ANGELO JOSE GURGEL LUZ
CRM 6256

Hospital Regional Unimed Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Regional Unimed Fortaleza
Ana Kelly Elias Mesquita
Aux. Adm. I - NAC
Mat 8284

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
26 SET. 2018

UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PROPRIOS - PABX (85)3277-7000

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018

ASS:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 017771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfcej.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01777184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651



DADOS DO PACIENTE

Nome RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA		Prontuário/Atendimento 405345/0005	
Nascimento 14/04/1986	Local FORTALEZA	País Nacionalidade Brasil	Idade 32 Ano(s)
Sexo Masculino	Raça/Cor Branca	Etnia	Estado Civil Casado(a)
Documento(s) CPF: 008.963.133-84		Identidade: 2002002142888	
Endereço RUA ROSELI SAMPAIO	Nº 86	Bairro CANINDEZINHO	Município FORTALEZA-CE
Fone (85)98416-2835	Profissão TEC DE CONTROLE	Empresa	Fone Empresa
Responsável ALEXSANDRA MARIA VENANCIO FERREIRA DE SOUSA LIMA		CPF do Responsável (85)98416-2835	
Endereço Responsável RUA ROSELI SAMPAIO		Cônjuge ALEXSANDRA MARIA VENANCIO FERREIRA DE SOUSA LIMA	
Mãe MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA		Pai RAIMUNDO NONATO LIMA	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 18/05/2018 20:03	Quarto/Leto 003-0005	Aposento ENFERMARIA	Clínica CLINICA CIRURGICA	Sector UNID. DE INTER. 3º CLIN. CIR.
Convênio UNIMED UNIFACIL	Matrícula 00630020053010090	Autorização 104703057	Dias 1	Gula 104703057
Médico DIOGO ARAUJO DE FARIAS JUNIOR		CID Complementar		
CID Principal S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão				
Observação Acomodação Enfermaria. GUIA: 25524554				
Usuário HERLANIA DA ROCHA BRITO		Procedimento SUS		
Data Saída 21.05.18		Hora 8:28	Condição da Saída Alta	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do paciente acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me as disposições gerais contidas no regulamento do hospital.

Assinatura
07.05.

FORTALEZA, 19 de maio de 2018.

Assinatura do paciente
Assinatura pela Impressão: HERLANIA DA ROCHA BRITO

Alexsandra Maria Venancio F. de Sousa Lima
Assinatura do responsável



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfcej.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2- 1ª Guia no Prontuário



14-4
14-4
14-4

Raimundo Nonato da Silva Lima

andresilveira.ortopedia@gmail.com

André Almeida Silveira

Paciente com fratura do punho esquerdo necessita de internamento para tratamento cirúrgico.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

SÃO CAMILO
Hospital de Referência
CNPJ. 60.975737/0009-03

26 SET. 2018

CÓPIA CONFERE COM AT

RESPONSÁVEL

DATA 22/09/18 José Nivaldo Silva
SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO CAMILO
CUBA D'ÁRS

15 - Descrição	16 - Quantidade	17 - Unidade Solicitada	18 - Valor Unitário Autorizado
Kit de bomba de infusão	01		
Shaver de partes moles	01		
Malha de tração para dedos	01		
Placa volar bloqueada	01		
Parafusos bloqueados	05		
Fios de Kirschmetz			
Fornecedor: Ortocárdio			

14-4
14-4
14-4

André Almeida Silveira

22/09/2018

Segunda Via

Unimed
Data: 19/05/2018
Hora: 19:46:22
Terminal: 00002803
Nº. Transação: 198635243
Nº. Autorização: 104703057



Ticket

*** COMPROVANTE DE ATENDIMENTO ***

PRESTADOR:
SOC B S CAMILO-HOSP CURA DARS

BENEFICIÁRIO: 00630020053010060
RAIMUNDO NONATO S LIMA

GUIA AUTORIZADA: 0000000104703057

____ Serviço A U T O R I Z A D O ____ Qtd.

3073704-4 01

OSTEOC E ESTAB. RESSECÇÃO /PLASTER- VIDE
QART. PUN. TUNEL DO C

3073705-2 01

RECONST, RETENC DE LIGAM OU REPARO DE CA
RTILAGEM VIDEOARTR

3073706-0 01

FRAT REDUÇÃO E ESTAB CADA SUPERF -VIDEOD
RT EM PUNHO E CARPO

6000063-5 01

DIARIA DE ENFERMARIA

____ Participações SOLICITADAS ____ Nº SOLIC.

01 - CIRURGLAO 25524555

02 - PRIMEIRO AUXILIAR 25524556

04 - ANESTESISTA 25524557

*** Não vale como guia do padrão TISS!

Alexsandra Maria Venâncio

<https://sec3.unimedfortaleza.com.br/autwebbio/cadInsistencia.do>

19/05/2018

04 SET. 2018

SÃO CAMILO 155:
Hospital Cura D'Arz
CNPJ. 00.975737/0036-09

CÓPIA
CONFERE COM O ORIGINAL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
RESPONSÁVEL

26 SET. 2018

ASS:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

(T: J98636 239)

1 - Registro ANS: 31714-4
 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
 4 - Data da Autorização
 5 - Senha
 6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário
 7 - Número da Carteira
 8 - Validade da Carteira
 9 - Atendimento de RN
 10 - Nome: Raimundo Nonato da Silva Lima
 11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante
 12 - Código na Operadora
 13 - Nome do Contratado
 14 - Nome do Profissional Solicitante: André Almeida Silveira
 15 - Conselho Profissional: CRM
 16 - Número no Conselho: 12713
 17 - UF: LOE
 18 - Código CBO

Dados do Hospital Local Solicitado / Dados da Internação
 19 - Código na Operadora / CNPJ
 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado
 21 - Data sugerida para internação
 22 - Caráter do Atendimento: U
 23 - Tipo de Internação: I2
 24 - Regime de Internação: I1
 25 - Qtde. Diárias Solicitadas: 102
 26 - Previsão de uso de OPME: LS
 27 - Previsão de uso de quimioterápico: N

28 - Indicação Clínica
 Paciente vítima de queda de moto com trauma em punho esquerdo evoluiu com fratura do mesmo. Necessita de internamento para tratamento cirúrgico de urgência.

29 - CID 10 Principal: S62.8
 30 - CID 10 (2)
 31 - CID 10 (3)
 32 - CID 10 (4)
 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	30737060	Fratura- redução e estabilização	01	
02	30737052	Reconstrução da cartilagem triangular	01	
03	30737044	Osteocondroplastia	01	
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

Dados de Autorização
 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar
 40 - Qtde. Diárias Autorizadas
 41 - Tipo de Acomodação Autorizada
 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado
 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado
 44 - Código CNES

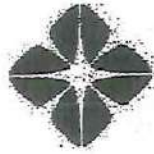
45 - Observação / Justificativo
 Paciente sem condições de uso biométrico

Dr. André Almeida Silveira
 Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
 CRM 12713 - R. Espinosa
 100 - TEOP 13572

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

SÃO CAMILO Hospital Cura d'Asa
 CNPJ: 60.973737/0035-09
 COPIA
 CONFERE COM O ORIGINAL
 RESPONSÁVEL: LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
 DATA: 11/06/18
 04 SET. 2018
 26 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 017771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651



SÃO CAMILO
Hospital Cura d'Ars

Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA
Dt. Nasc.: 14/04/1986
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA
Prontuário: 405345 0005
HOSPITAL CURA D'ARS

Termo de Responsabilidade

Pelo presente termo, eu **RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA** portador(a) do documento de identificação No. 2002002142888, CPF: 00886313384, Nacionalidade Brasil, Natural de FORTALEZA, Estado CE, Estado civil Casado(a), Residente a Rua/Av. RUA ROSELI SAMPAIO, 86, CASA CANINDEZINHO, CEP 60734-470, Município de FORTALEZA - CE, Estado CE, Telefone(s) (85)98416-2835, assumo inteira responsabilidade pela internação por ordem médica do(a) Dr.(a) **DIOGO ARAUJO DE FARIAS JUNIOR**, CRM 6835, no Hospital São Camilo - Cura d'Ars, com sede à Rua Costa Barros, 833, Centro, Estado Fortaleza, inscrita no CNPJ No. 60.975.737/0035-09, conforme cláusulas abaixo:

1. Declaro para os devidos fins que o termo tem como objetivo a prestação de serviços médicos hospitalares nas dependências do Hospital São Camilo - Cura d'Ars, ao (a) paciente acima qualificado (a), por determinação do médico responsável, ficando o Hospital São Camilo - Cura d'Ars expressamente autorizado a executar por si ou terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento e que se façam necessários e indispensáveis a salvaguarda da vida do paciente, até o seu efetivo restabelecimento.

2. Declaro estar ciente de que a condição de CLIENTE PARTICULAR se caracteriza a partir da internação e que, no caso de internação por intermédio de CONVÊNIO médico (seguro saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, empresas com planos de auto gestão, e outro(s) responderei como principal e solidário pagador por eventuais despesas não cobertas pela empresa ou instituição com qual o (a) internado (a) mantenha relação de convênio médico hospitalar, credenciado neste hospital, devendo o pagamento das despesas ser efetuado na data da alta ou transferência do (a) paciente:

2.1 Declaro para os devidos fins que estou ciente dos itens que necessitam de autorização (senha) ou estão excluídos de cobertura por força do contrato que o paciente **RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA** mantém com a empresa **UNIMED UNIFACIL**.

Assim, caso durante o período de internação e tratamento do paciente, for necessária a utilização de alguns dos itens constantes na relação fornecida pelo plano de saúde do

CORRETORA DE SEG.

29 de SET 2018

1 de 3

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA			405345/0005	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
14/04/1986	32 Ano(s)	MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA		
Data internação	Apresenta		Quarto/Leito	
19/05/2018	ENFERMARIA		003/0005	
Profissional Responsável			CRM	
DIOGO ARAUJO DE FARIAS JUNIOR			6835	
Convênio	Sector	Especialidade		
UNIMED UNIFACIL	UNID. DE INTER. 3º CLÍN. CIR.	CLINICA CIRURGICA		
Diagnóstico				
S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão				

ALTURA

1,70m

LOCOMOÇÃO/MOTRICIDADE: Deambula

ESCALA DE GLASGOW: 15

PELE E MUCOSAS

Pele íntegra
Imobilização em MSE

REGIÃO CERVICO/TORÁCICA

TÓRAX: Simétrico GÂNGLIOS EDEMACIADOS : Não

SISTEMA RESPIRATÓRIO

PADRÃO RESPIRATÓRIO: Eupneico VENTILAÇÃO: Espontânea

EXTREMIDADES

-: Boa perfusão

MMSS

AVP MSD (g.20) 19/05

MMII

Sem alterações

ABDOME

Indolor

ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: Espontânea

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: Sem alterações

NUTRIÇÃO/ALIMENTAÇÃO

Boa aceitação



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA


04 SET. 2018

ASS: LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

26 SET. 2018

ASS:

Este documento é uma cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfcej.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

 SÃO CAMILO Hospital Cura d'Ans	SAE - GRAU DE DEPENDÊNCIA	Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA Dt. Nasc.: 14/04/1986 Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA Prontuário: 495345 0005 HOSPITAL CURA D'ANS
--	----------------------------------	--

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES POR COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL											
CRITÉRIOS		PONTOS	19/05	20/05	_/_	_/_	_/_	_/_	_/_	_/_	_/_
PADRÃO MENTAL	INCONSCIENTE	4									
	PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIA	3									
	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO	2	1	1							
	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	1									
OXIGENAÇÃO	VENTILAÇÃO MECÂNICA	4									
	USO DE O2 POR MÁSCARA/CATÉTER	3									
	USO INTERMITENTE DE O2	2	1	1							
	NÃO DEPENDE DE O2	1									
SINAIS VITAIS	CONTROLE EM INTERVALOS <2h	4									
	CONTROLE EM INTERVALOS DE 2h	3									
	CONTROLE EM INTERVALOS DE 4h	2	1	1							
	CONTROLE EM INTERVALOS DE 6h	1									
CURATIVOS	CURATIVO EM DEISCÊNCIA; INCISÕES GRANDES E COM DRENOS; CURATIVOS ESPECIAIS.	4		03							
	CURATIVOS INCISIONAIS MÉDIOS	3	0	0							
	CURATIVO PEQUENO E RETIRADA DE PONTOS SIMPLES	2									
	INCISÃO SEM COBERTURA	1									
DEAMBULAÇÃO	RESTRIÇÃO AO LEITO	4									
	LOCOMOÇÃO POR CADEIRA DE RODAS	3									
	NECESSITA DE AUXÍLIO P/ DEAMBULAR	2	1	1							
	DEAMBULA SEM AUXÍLIO	1									
ALIMENTAÇÃO	ATRAVÉS DE CATÉTER CENTRAL-NPT	4									
	ATRAVÉS DE SNG/SNE/GTT	3	1	1							
	VIA ORAL COM AUXÍLIO	2									
CUIDADO CORPORAL	AUTO SUFICIENTE	1									
	BANHO NO LEITO E HIGIENE ORAL PELA ENFERMAGEM	4									
	BANHO DE CHUVEIRO E HIGIENE ORAL PELA ENFERMAGEM	3	1	1							
	AUXÍLIO AO BANHO E/OU HIGIENE ORAL	2									
ELIMINAÇÕES	AUTO SUFICIENTE	1									
	EVACUAÇÃO NO LEITO/USO DE SONDA VESICAL	4									
	USO DE COMADRE/ELIMINAÇÕES NO LEITO	3	1	1							
	USO DO SANITÁRIO COM AUXÍLIO	2									
TERAPÊUTICA	AUTO SUFICIENTE	1									
	USO DE DROGAS VASOATIVAS	4									
	E.V CONTÍNUA/SONDA	3	3	2							
	E.V INTERMITENTE	2									
	I.M. OU V.O	1									
TOTAL DE PONTOS			10	11							

EQ: Mod.099 V. 04

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
26 SET. 2018


SÃO CAMILO
 Hospital Cura d'Ans
 CNPJ: 00.975737/0006-09
 CÓPIA
 CONFERE COM O ORIGINAL
 RESPONSÁVEL _____ ASS: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

Prescrição: 0005	Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA	Prontuário: 405345/0005
Data de Nascimento: 14/04/1986	Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA	Sexo: Masculino
Data: 21/05/2018	Aposento: ENFERMARIA	Quarto/Leito: 508/0001
Hora: 03:32	Profissional Resp.: GLENDA MAIRA MARTINS ALVES	COREN: 228520
Convênio: UNIMED UNIFACIL	Setor: UNID. DE INTER. 5º ANDAR NORTE	Data de Internação: 19/05/2018
Diagnóstico: S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do p		CBO: ENFERMEIRO EM GERAL

Diagnóstico de Enfermagem	Complemento
RISCO DE FLEBITE	
RISCO DE INFECÇÃO	
RISCO DE QUEDA	
Prescrição de Enfermagem	Frequência Aprazamento

Evolução

ÀS 01:30HS PACIENTE RETORNOU DA SALA DE RECUPERAÇÃO, NO POI DE FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO, SOB ANESTESIA BLOQUEIO + SEDAÇÃO. AÇORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO. EUPNEICO EM AR AMBIENTE, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO. NÓRMOTENSO, NORMOCÁRDICO E AFEBRIL. NORMOCORADO, ACIANÓTICO E COM EXTREMIDADES PERFUNDIDAS. DIETA VO LIBERADA. DIURESE ESPONTÂNEA PRESENTE. CVP EM MSD PÉRVIO E SEM SINAIS DE FLEBITE. MANTENDO CURATIVO E TIPÓIA EM MSE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR APÓS 08HS.

RESPONSÁVEL: GLENDA MAIRA MARTINS ALVES - COREN-CE 228520

 Glenda Maira Martins Alves
 Enfermeira
 COREN 228520

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018

ASS:


SÃO CAMILO
 Hospital Cura d'ArS
 CNPJ: 60.875737/0035-09
 CÓPIA
 CONFERE COM O ORIGINAL
 RESPONSÁVEL _____
 DATA 12/06/18 José Negreiros

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.
26 SET. 2018

 Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 017771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfcej.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário		
RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA			405345/0005		
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
14/04/1986	32 Ano(s)	MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA			
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito			
19/05/2018	ENFERMARIA	508/0001			
Profissional Responsável			CRM		
DIOGO ARAUJO DE FARIAS JUNIOR			6835		
Convênio	Sector	Especialidade			
UNIMED UNIFACIL	UNID. DE INTER. 5º ANDAR NORTE	CLINICA CIRURGICA			
Diagnóstico					
S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão					

REGISTRO DE ENFERMAGEM ADULTO

ADULTO - MEWS

DATA/HORA	T	FC	PA	FR	CONSC.	O2	PTS	Ass. Responsável
20/05/2018 16:00:00	36,4°C	74 bpm	120x80	18 mm	Alerta	Não		TE ADRIANA LOPES DE CARVALHO COREN-CE 1219066

OUTROS PARÂMETROS

DATA/HORA	GLICEMIA	DIETA	DIURESE	DRENO	SAT.	Ass. Responsável
20/05/2018 16:00:00	-	-	-	-	96%	TE ADRIANA LOPES DE CARVALHO COREN-CE 1219066

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 20/05/2018 17:16:28

AVALIAÇÃO DA DOR

ESCALA: Verbal numérica PONTUAÇÃO: 0 INTENSIDADE DA DOR: SEM DOR

ANOTAÇÃO

PACIENTE SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEMABULANDO, EUPNÉICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, AFEBRIL MANTENDO AVP EM MSD SALINIZADO. EM JEJUM DESDE AS 12:30. SEGUE NO LEITO NO AGUARDANDO DO CHAMADO DO CC, CIRURGIA PREVISTA PARA AS 20H. ENCAMINHADO AO BANHO COM CLOREXIDINE DEGERMANTE AS 19:00. ORIENTADO QUANTO A VESTIMENTA ADEQUADA E RETIRADA DE ADORNOS. ENCAMINHADO AS 19:30.

Adriana Lopes de C. Gomes
Técnica de Enfermagem
COREN-CE: 1219066

RESPONSÁVEL: TE ADRIANA LOPES DE CARVALHO GOMES - COREN-CE 1219066

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA			405345/0005
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
14/04/1986	32 Ano(s)	MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA	
Data Internação	Aposento		
19/05/2018	ENFERMARIA		
Profissional Responsável			Quarto/Leito
DIOGO ARAUJO DE FARIAS JUNIOR			508/0001
Convênio	Sector	Especialidade	CRM
UNIMED UNIFACIL	UNID. DE INTER. 5º ANDAR NORTE	CLINICA CIRURGICA	6835
Diagnóstico			
S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão			

ANOTAÇÃO

Pct apresentou diurese espontanea.

Karla Nayane da Silva Santos
Técnica de Enfermagem
COREN 936823

RESPONSÁVEL: TE: KARLA NAYANE DA SILVA SANTOS - COREN-CE 936823

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 21/05/2018 02:30:00

AValiação DA DOR

ESCALA: Verbal numérica PONTUAÇÃO: 0 INTENSIDADE DA DOR: SEM DOR

RESPONSÁVEL: TE: KARLA NAYANE DA SILVA SANTOS - COREN-CE 936823

Karla Nayane da Silva Santos
Técnica de Enfermagem
COREN 936823

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 21/05/2018 04:30:00

AValiação DA DOR

ESCALA: Verbal numérica PONTUAÇÃO: 0 INTENSIDADE DA DOR: SEM DOR

RESPONSÁVEL: TE: KARLA NAYANE DA SILVA SANTOS - COREN-CE 936823

Karla Nayane da Silva Santos
Técnica de Enfermagem
COREN 936823

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018 04 SET. 2018



Prescrição: 0007 Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA Prontuário: 405345/0005
Data de Nascimento: 14/04/1986 Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA Sexo: Masculino
Data: 21/05/2018 Aposento: Quarto/Leito: 508/0001
Hora: 09:10 Profissional Resp.: JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA JUNIOR COREN: 500525
Convênio: UNIMED UNIFACIL Setor: UNID. DE INTER. 5º ANDAR NORTE Data de Internação: 19/05/2018
Diagnóstico: S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do p CBO: ENFERMEIRO EM GERAL

Diagnóstico de Enfermagem	Complemento
RISCO DE FLEBITE	
RISCO DE INFECÇÃO	
RISCO DE QUEDA	

Prescrição de Enfermagem	Frequência	Aprazamento

Evolução

PACIENTE, MASCULINO, 32 ANOS, 1º PO DE FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO.
EUPNEICO EM AR AMBIENTE, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO.
NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E AFEBRIL.
NORMOCORADO, ACIANÓTICO E COM EXTREMIDADES PERFUNDIDAS.
DIETA VO LIBERADA.
DIURESE ESPONTÂNEA PRESENTE.
CVP EM MSD PÉRVIO E SEM SINAIS DE FLEBITE.
MANTENDO CURATIVO E TIPÓIA EM MSE - CONFORME CONDUTA MÉDICA;
AVALIADO PELA ESCALA NUMÉRICA DA DOR - CLASSIFICAÇÃOZ EOR;
MEWS- 0, REAVALIAR A CADA 6 HORAS/

SEGUE DE ALTA HOSPITALAR CONFORME CONDUTA MÉDICA;

Wilson Júnior
Enfermeiro
COREN 500525

RESPONSÁVEL: JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA JUNIOR - COREN-CE 500525

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA

26 SET. 2018

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



Dados Clínicos - Médico

Paciente			Prontuário
RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA			405345/0005
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
14/04/1986	32 Ano(s)	MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
19/05/2018	ENFERMARIA	508/0001	
Profissional Responsável			CRM
DIOGO ARAUJO DE FARIAS JUNIOR			6835
Convênio	Sector	Especialidade	
UNIMED UNIFACIL	UNID. DE INTER. 5º ANDAR NORTE	CLINICA CIRURGICA	
Diagnóstico			
S62.8 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão			

DESCRIÇÃO CIRURGICA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: - 20/05/2018 23:20:01

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

CIRURGIÃO: Diogo Farias 1ºAUXILIAR: André Silveira ANESTESISTA: Raphael Girão

TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio de Plexo DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO: fratura de rádio dis

TIPO DE OPERAÇÃO:


Redução de fratura articular do rádio osteocondroplastia Reparo de fibrocartilagem triangular

DIAGNÓSTICO PÓS - OPERATÓRIO: o mesmo

CLASSIFICAÇÃO DA CURURGIA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO:

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO DAS VÍSCERAS:

Paciente em DD sob EA Assepsia do MSE Aposição de campos cirúrgicos Instalada tração com malha de tração para dedos Acesso artroscópico por 2 portais dorsais Osteocondroplastia Reparo da fibrocartilagem triangular Fixação provisória da fratura com 1 fio k de 1.2mm Acesso voar Fixação da fratura com uma placa bloqueada em titânio + 8 parafusos bloqueados Limpeza Hemostasia Sutura por planos Curativo	
--	--

RESPONSÁVEL: ANDRE ALMEIDA SILVEIRA

Verde equipe de ombro e punho de shaver

Dr. André Almeida Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho e Tornozelo
Medicina do Esporte
CREMEC 12713 TEOT 13972

Dr. André Almeida Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho e Tornozelo
Medicina do Esporte
CREMEC 12713 TEOT 13972

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018
ASS: _____

26 SET. 2018

SÃO CAMILO
Hospital Cura d'ARS
CNPJ: 60.975.737/5-0001

CÓPIA
CONFERE COM O ORIGINAL

RESPONSÁVEL: _____
DATA: 12/06/18 José Nepomuceno

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

SÃO CAMILO
 Hospital Cura d'ArS
 CNPJ: 60.973.737/0036-09
 CÓPIA
 CONFERE COM O ORIGINAL
 RESPONSÁVEL
 DATA: 22/06/18
 José Nogueira

	BOLETIM DE SALA ANESTESISTA	Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA Dt. Nasc.: 14/04/1996 Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA Prontuário: 405945 0005 HOSPITAL CURA D'ARS
--	------------------------------------	--

Leito	Categoria	Data da anestesia	
Idade	Peso	Altura	Sexo
T°C	Pulso	Resp	PA ART.
Tipo Sang. Hemácias Hemoglobina Hematócrito Glicemia	Uréia Urina		
<input type="checkbox"/> Material de vias aéreas <input type="checkbox"/> Monitorização <input type="checkbox"/> Aparelho de anestesia testado <input type="checkbox"/> Antibiótico Diagnóstico Pré-op. <i>Artroscopia de joelho</i> Anestésias Anteriores Medicação Pré-Anestésica		Asma Bronquite ECG Alergia Estado Mental Ataraxicos Corticóides Hipotensores Outras	
Agentes Anestésicos HORAS		INDUÇÃO Satis. Excit. Tosse Laringoespasma Lenta Náuseas Vômitos Outros	
Hemoderivados			
Líquidos			
Código P. Arterial P. Pulso O. Respiração a x Temperatura Sensor Bis		MANUTENÇÃO 1) Dormonid 10g 2) Trental 100 mg 3) Bloqueio Supraclavicular de 30ml de Naropin 0,5% + 1ml de Levint. 4) Propofol BIC 5) Ketamix 50g 6) Dipirona g	
Posição Agentes Técnica Operação Cirurgiões Anestésista		Perda sang. aprox _____ ml Volume sang. reposto _____ ml Anestesia Satisf. () Sim () Não Não, porque? Destino do encaminhamento: () UTI () SR () Unidades de Internação Condições da transferência: TEMPO DE ANESTESIA De: _____ h Até: _____ h TOTAL: _____ h	

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018 26 SET. 2018

ASS: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651



FOLHA DE GASTOS CIRCULANTE - BOLETIM DE SALA

Paciente: PATRÍCIO NUNATO DA SILVA LIMA
 Dr. Responsável: André Silveira
 Rm: 1001 - PRATIA DE PRATA DA SILVA LIMA
 Prontuário: 48348 - 0005
 HOSPITAL CURO D'AVS

DATA: 20.05.2018
 CONVENIO: Unimed
 CIRURGIÃO: Dr. Carlos Ferraz
 PROCEDIMENTO: Redução de pressão arterial do abdô. por endoscopia da região do abdô. (Cirurgia)
 CIRCULANTE: Ródiol e Ródiol
 OBSERVAÇÕES: Laboratório de Química Clínica
 SALA: 03
 ANESTESISTA: Dr. Raphael Góes
 ANESTESIA: Bloqueio Plano + Sedação
 INSTRUMENTADORA: Cibonnes, Lúcia Campos
 TA: 1200
 TC: 0200

MATERIAL MÉDICO				MATERIAL MÉDICO				TAXAS MATERIAL/EQUIPAMENTOS				SOLUÇÕES ANTISÉPTICAS			
Nome	Unid	Qtd	Nome	Unid	Qtd	Nome	Unid	Qtd	Nome	Unid	Qtd	Nome	Unid	Qtd	
ABOCATH nº 14	unid		DRENO 4,8mm	unid		PROFES DESCART.	par		APARELHO ENDOSCÓPIA	H		ALCOOL 70%	unid		
CATH nº 18	unid		DRENO 6,4mm	unid		PROTECTOR CONE LUER	unid		BISTURI	H		POVIDONE TÓPICO	ml		
ABOCATH nº 20	unid		ELETRODO DESCART.	unid		SCALP Nº	unid		BISTURI ULTRASSÔNICO	H		POVIDONE DEGERM.	ml		
ABOCATH nº 22	unid		EQUIPO INJ. LATERAL	unid	05	SERINGA 60ml CAT.	unid		BOMBA INFLUADO	H		CLOREXIDINA AQUOSA	ml		
ABOCATH nº 24	unid		EQUIPO MACROGOTAS	unid	01	SERINGA 60ml LUER	unid		BOTA PNEUMÁTICA	H		CLOREXIDINA DEGERM.	ml		
AGULHA 13x4,5	unid	03	EQUIPO BOMBA	unid		SERINGA 1ml	unid		EGG	H		CLOREXIDINA ALCOOL.	ml		
AGULHA 25x7	unid	03	ESPARADAPAO	cm		SERINGA 3ml	unid		GARROTE PNEUMÁTICO	H		REMOVEX	ml		
AGULHA 30x8	unid	03	EXTENSOR 20cm	unid	01	SERINGA 5ml	unid		INTENSIFICADOR IMAGEM	H					
AGULHA 25x12 H 0x12	unid	03	EXTENSOR 60cm	unid		SERINGA 10ml	unid		LASER	H					
ALGODÃO HIDROFÍLO	g		FAIXA SMARCH	unid		SERINGA 20ml	unid	03	VIDEOLAPAROSCÓPIO	min					
ATAD. CREPOM 10	unid	02	GAZE ALGOD. 10X15	unid		SERINGA 5ml Bico ROSCA	unid		LIPASPIRADOR	H					
ATAD. CREPOM 15	unid	02	GAZE ALGOD. 15X30	unid		SERINGA 10ml Bico ROSCA	unid								
ATAD. GESSADA	unid		GAZE 7,5x7,5cm	pct		SERINGA 20ml Bico ROSCA	unid								
ATAD. GESSADA	unid		GEL	g		SERINGA 20ml TERMO	unid								
BANDAGE BLOOD STOP	unid		GORRO DESCARTAVEL	unid	03	SONDA 20ml	unid								
BOLSA COLIST. KANAYA	unid		IRRIGAFIX (4 VIAS)	unid		SONDA 20ml	unid								
CAMPO CIRURGIANO	unid	02	KIT DREN. TÓRAX 32	unid		SONDA 20ml	unid								
CAPA P/ VIDEO	unid	03	KIT DREN. TÓRAX 36	unid		SONDA ASP. TBAQ. 14	unid								
CAPA P/ MICROSCÓPIO	unid		LAM. BISTURI nº 10	unid		SONDA ASP. TBAQ. 14	unid								
ETER TIPO OCULOS	unid		LAM. BISTURI nº 11	unid		SOLEY nº / vias	unid								
CAT. DUPLO LUMEN AD.	unid		LAM. BISTURI nº 15	unid		SONDA NASOG.	unid								
CAT. SINGLE LUMEN AD.	unid		LAM. BISTURI nº 21	unid	01	SONDA URETRAL	unid								
COL. URINA SIST. FECH.	unid		LAM. TRICOTOMIZADOR	unid		SONDA URETRAL	unid								
COL. MUCOSIDADE 70ml	unid		LAM. CIRURGIÇA 6,5	par		SONDA URETRAL	unid								
COLIGAÇÃO SIL. ZMP	unid		LAM. CIRURGIÇA 7,0	par		SVAB ALCOOL 70%	unid								
COLIGAÇÃO SIL. 4MT LUPO	unid		LAM. CIRURGIÇA 7,5	par		TORNIEIR. 3VIAS	unid								
COMPRESSA PEQ. 10X9	unid		LAM. CIRURGIÇA 8,0	par		TAMPÃO VAGINAL	unid								
COMPRESSA GDE. 25X28	unid	20	LUVA CIRURGIÇA 8,5	par		TUBO PERFUSOR NEO	unid								
DRENO KIER	unid		MÁSCARA DESCART.	unid	01	TYLISOFT	unid								
DRENO PENROSE	unid		MICROFIORE	cm	10	XYLESTESIN SPRAY	ml								
DRENO 3,2mm	unid		PLACA DESCART.	unid	01	XYLESTESIN GELÉIA	g								

Dr. André Silveira
 Cirurgião de Endoscopia e Torsozoide
 Responsável pelo Desporto
 CRM: 10.178/1987

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS:

SÃO CAMILO
 Hospital Curo d'Avs
 CNPJ: 60.575.737/2036-09
 CÓPIA
 CONFERE COM O ORIGINAL
 RESPONSÁVEL: José Nogueira

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

EQ.Mod. 147/102



SÃO CAMILO
Hospital Cura d'Vis

FOLHA PARA REGISTRO DE USOS DE MATERIAIS ESPECIAIS

Paciente: RAIZINDO NONATO DA SILVA LTM
Dt. Nasc.: 14/04/1985
Mae: MARIA DE FATIMA DA SILVA LTM
Prontuario: 408345 0035
HOSPITAL CURA D'VIS

DATA: 20.08.2018

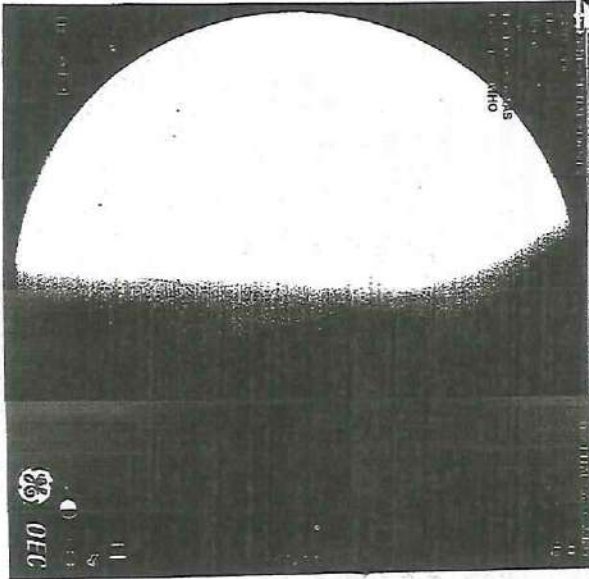
SALA: 01

CONVENIO: Unimed

PROCEDIMENTO: Pedagogia de Pré-natal

ORÇ. AÇÕES:

Apq. de desenvolvimento fonoaudiológico



DUPLICATA

Dr. André Almeida Silva
Otorrinolaringologista
Médico de Referência em Otorrinolaringologia
CRM: 12715-1/2011-15972

SÃO CAMILO
Hospital Cura d'Vis
CNPJ: 60.975737/0036-09

04 SET. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD. CONFERE COM O ORIGINAL

26 SET. 2018

AMM

	CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E UTILIZADOS NO TRANS-OPERATÓRIO	Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA Dt. Nasc.: 14/04/1986 Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA Prontuário: 405345 0065 HOSPITAL CURA D'ARTS

MÉDICO: DR. <i>Diego Farias</i>	DATA: <i>20.05.2018</i>	LEITO: <i>509</i>	PROCEDIMENTO: <i>Fratura de Pelve</i>
---------------------------------	-------------------------	-------------------	---------------------------------------

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR		
Nome do Paciente: _____ MATERIAL: <i>OX. PINEAU</i> N° DE PEÇAS: _____ PROCEDÊNCIA: <i>ORTOCARDIO</i> IMPLANTES: () SIM (X) NÃO		
CONTROLE EXTERNO FITA TESTE	RESP. PREPARO: <i>Amata</i> DATA: <i>20.05.18</i>	CONTROLE INTERNO INTEGRADOR QUÍMICO
	RESP. ESTERILIZAÇÃO: DATA: <i>20.05.18</i> LOTE: <i>25</i>	
	INVÓLUCRO: () PGC (X) SMS () TECIDO	
	CÓDIGO: _____ VALIDADE: <i>20.10.18</i>	
	CÓDIGO IB.: <i>201912DC</i> CARGA/LOTE: <i>134°C</i>	
DATA LIMITE DE USO DO PRODUTO ESTERILIZADO: Este produto é considerado estéril até o prazo de validade do invólucro ou estabelecido pelo serviço, e/ou enquanto este pacote permanecer íntegro, seco, limpo e em armazenamento adequado.		
Resp. Téc.: Jacqueline de Sousa Lima Ribeiro COREN-CE 89271		
LOCAL DE USO: _____ DATA: <i>20.05.18</i> MÉDICO: <i>Dr. Diego</i>		

DORES

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR		
Nome do Paciente: _____ MATERIAL: <i>VOLAR STRYKER</i> N° DE PEÇAS: _____ PROCEDÊNCIA: <i>ORTOCARDIO</i> IMPLANTES: (X) SIM () NÃO		
CONTROLE EXTERNO FITA TESTE	RESP. PREPARO: <i>Lein</i> DATA: <i>20.05.18</i>	CONTROLE INTERNO INTEGRADOR QUÍMICO
	RESP. ESTERILIZAÇÃO: DATA: <i>20.05.18</i> LOTE: <i>25</i>	
	INVÓLUCRO: () PGC (X) SMS () TECIDO	
	CÓDIGO: _____ VALIDADE: <i>20.10.18</i>	
	CÓDIGO IB.: <i>201912DC</i> CARGA/LOTE: <i>134°C</i>	
DATA LIMITE DE USO DO PRODUTO ESTERILIZADO: Este produto é considerado estéril até o prazo de validade do invólucro ou estabelecido pelo serviço, e/ou enquanto este pacote permanecer íntegro, seco, limpo e em armazenamento adequado.		
Resp. Téc.: Jacqueline de Sousa Lima Ribeiro COREN-CE 89271		
LOCAL DE USO: _____ DATA: _____ MÉDICO: _____		

EQ: Mod. 110/V.02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 04 SET 2018
 COPIA CONFERIDA COM O ORIGINAL
 RESPONSÁVEL: _____
 26 SET 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA**

Idade: 32 anos, 1 mês e 20 dias

Setor: RECEPCAO SADT

Solicitante: DIOGO ARAUJO DE F JUNIOR

Atendimento: 5909312

Pedido: 2652360

Prontuário: 71942810

Status/Sexo: E / M

Data do Exame: 04/06/2018 13:11:00

Ac.Number: 3195646

Data Nascimento: 14/04/1986 00:00:00

RAIO X – PUNHO ESQUERDO

LAUDO:

- Controle de osteossíntese de fratura no terço distal do rádio.
- Fratura com avulsão óssea na apófise estilóide da ulna.

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

BIA CORRETORA DE SEG. LTD.

04 SET. 2018

ASS: _____

Dr(a).MARCELO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM: 6763

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



Saúde
em movimento

Dr Diogo Araújo de Farias Júnior
Traumato-Ortopedia / Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM: 6835 / TEOT: 7988

Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA
Dt. Nasc.: 14/04/1986
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA
Prontuário: 405345 0005
HOSPITAL CURA D'ARS



Uso Oral

Novalgina 1g -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 8/8h se dor

Toragesic 10mg ----- 1 caixa

Colocar 01 comprimido embaixo da língua a cada 8 horas caso a dor não ceda com a novalgina.

OBS: Os medicamentos podem ser associados

ORIENTAÇÕES:

- NÃO TROCAR CURATIVO – SOMENTE NO RETORNO
- Não molhar e/ou não mexer no curativo
- Retornar no consultório 24/05/18 -- **30482800**
OBS: Avisar que É RETORNO CIRÚRGICO
- Em caso de intercorrências ligar para **(85) 98723 9679**

[Handwritten signature]
Diogo Araújo de Farias Jr.
Traumato-Ortopedia
Cirurgia da Mão

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. ...

26 SET. 2018



CLÍNICA QORPO - Meireles
Av. Senador Virgílio Távora, 195, Meireles

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651



(-) Cópia de prontuário completo

(X) Cópia de prontuário de Pronto Atendimento

QUALIFICAÇÕES DO PACIENTE

Nome Completo: RAIMUNDO NONATO DA SILVA LIMA

Nº do RG ou CPF: 2002002142888

Telefone: 85984162835

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 14/04/1986

Endereço: RUA ROSELI SAMPAIO, B. CANINDEZINHO,

Complemento:

Nome do pai: RAIMUNDO NONATO LIMA

Nome da mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA LIMA

QUALIFICAÇÕES DO REPRESENTANTE LEGAL: (caso a solicitação não seja realizada pelo próprio paciente).

Nome completo:

Grau de parentesco:

Endereço completo:

CPF ou RG:

Telefone:

CAMPOS DE PREENCHIMENTO DO HOSPITAL

*Prontuário/atendimento: 0405345 / 0005

* Convênio: UNIMED UNIFACIL

*Data da internação: 19/05/2018

*Data da Alta: 21/05/2018

Observação:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O responsável supra qualificado vem requerer cópia de Prontuário do PACIENTE acima descrito, para fins de PRONT, e, neste ato, declara estar ciente que é de sua inteira responsabilidade a manutenção do sigilo das informações contidas neste documento, submetendo-se à legislação vigente.

Por ser expressão da vontade. Firmo o presente.

Fortaleza, ___ de ___ de 20__

Raimundo Nonato da Silva Lima

Assinatura do solicitante

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

26 SET. 2018

Ass:

SOLICITAÇÃO	PARECER	ENTREGA
<p>Raimundo Nonato da Silva Lima SAC HOSPITAL SÃO CAMILO Cura d'Ars</p>	<p>Diretor Técnico</p>	<p>SAME</p>

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 017771646820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651

Dedicação

Dedico para os devidos fins que o paciente Raimundo Norberto da Silva Lima de RG. 200200214 2888, realizou 30 sessões de fisioterapia motora em MMSS(E) devido a fratura do punho(E), onde cada sessão teve o valor de R\$ 30 reais e R\$ 100,00 de avaliação inicial. Paciente precisou de conduta fisioterápica devido a dor, diminuição de edema, déficit de força, aumento de amplitude de movimento.

As devidas sessões foram realizadas no período que data de 18/07/2018 a 07/09/2018

Fortaleza 07/09/2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD

26 SET. 2018

166

Mateus Ramos Severo
Fisioterapeuta
CREFITO 199261-F



CHEFE DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS / SERVIÇOS ALMORÇATEIS
INVESTIGACAO - TERAPIA - SEGUROS

Localidade: Fortaleza

31/07/18
Raimundo Monte da Silva Luna

[Handwritten signature]
Raimundo Monte da Silva Luna
Cirurgião Dentista - CRP 10.000

[Handwritten signature]
Fonologia
Fatura de note book

Item	Descrição	Valor	Valor Total
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

25/05/18

26 SET. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013871249628
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VA 01 1047903030 R.N.T.R.G. 0000000000 EXERCÍCIO 2017

ISABEL CRISTINA DA SILVA FRESEN
TINO*****
FORTALEZA /CE

63249600300 PLACA FMJ2346/CE

902K00810FR441045 CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

2P/OCV/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
1***** 2* 3*

FAIXA IRVA. PARCELAMENTO / COTAS
***** , **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ID (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 18/12/20

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA LOCAL 08/01/2018 DATA

Superintendente DENRAN-CE

CE Nº 013871249628 BILHETE DE SEGURO DPVAT

63249600300 FMJ2346/CE

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

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

013871249628 41066770824

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 08/01/2018

VA 01 63249600300 PLACA FMJ2346

1047903030 HONDA/NXR160 BROS ES

902K00810FR441045 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 91.29
DEBITAN (R\$) 9.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
ID (R\$) 0.70
TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO (R\$) 185.50
DATA DE QUITAÇÃO 18/12/2017

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.249.608/0001-04

MOTOR: KDOBE1F441045 004637



AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

AGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA RAIMUNDO VOBATO DA SILVA SILVA

DATA DO ACIDENTE 19-05-18 CPF DA VITIMA 008.863.133-84

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 2002002142888

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É RAIMUNDO VOBATO DA SILVA SILVA

ENDERÇO DO PORTADOR RUA ROSSELLI SAMBAIO

Nº 86 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ALTO ALEGRE

CIDADE ENTALÇA UF CE CEP 012

E-MAIL VAV TEU10 TELEFONE (85) 98712 1505

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSMITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA ENTALÇA 19-05-18

IDENTIDADE 2002002142888

ASSINATURA Raimundo Vobato da Silva Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

26 SET 2018



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 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 precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 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
008.863.133-84

Nome completo da vítima
RAIMUNDO NOVATO DA SILVA LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RAIMUNDO NOVATO DA SILVA LIMA		CPF titular da conta 008.863.133-84	Profissão RECUSO
Endereço RUA ROSALI SAMPAIO		Número 86	Complemento CASA
Bairro ALTO ALEGRE	Cidade FORTALEZA	Estado CEARA	CEP N/C
Email NÃO TENHO		Telefone (DDD) 08598721505	

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 POUANÇA (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 _____ (Informar dígito se existir)	_____ AGÊNCIA 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.

...IA CORRETORA DE SEG. LTDA.

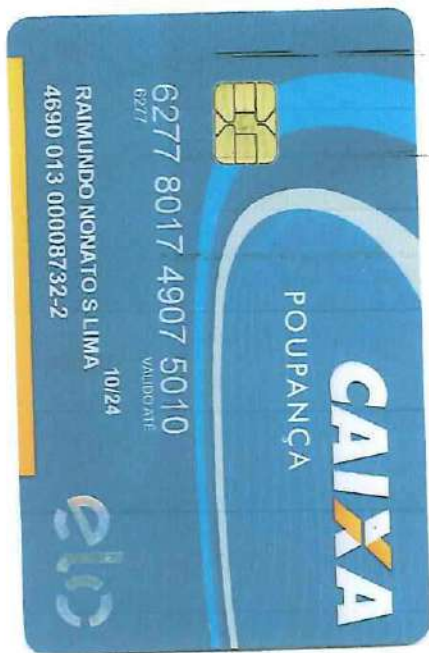
FORTALEZA, 24 de Setembro de 2018 26 SET. 2018

Local e Data

Raimundo Novato da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



~~LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA~~

04 SET. 2018

~~LIBIA CORRETORA DE SEG.~~

26 SET. 2018

~~Ass:~~



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 539199363
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei Nº 10.438 de
 26 de abril de 2002

AGO/2018

Utilize o Nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2954292

VENCIMENTO
11/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
114,68

DADOS DO CLIENTE

Rota 19 01230 16 529800 - 5 Medidor 1731374 Poste 0000 M05C
 Nome ALEXSANDRA MARIA VENANCIO FERREIRA DE SO SMC 008002520376
 Endereço Postal RU ROSELI SAMPAIO 00086 - ALTO ALEGRE -
 FORTALEZA CEP 60734-470
 End. de Unidade RU ROSELI SAMPAIO 00086 - FORTALEZA
 Consumidora
 RG / CPF / CNPJ 029316783-41 CGF
 Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 13854 Leitura Anterior 13681 Constante 1 Consumo (kWh) 172 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 172

28/08/18 27/07/18 32

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 03/09/2018 Prev. Próxima Leitura 27/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4204.E9F1.2E68.B0FA.2905.A982.FFAC.8558

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
128,25	27,00%	34,62

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	33,58
Transmissão	3,58
Distribuição	18,13
Encargos Setoriais	5,13
Tributos [ICMS PIS/COFINS]	38,21
Total	99,61

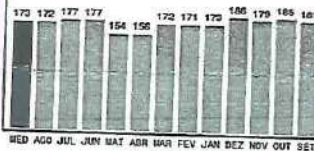
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BOM JARDIM
 Mês JUN/2018 - EUSD 26,63

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (uh)	3,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo médio dos 12 últimos meses
 Consumo mensal

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS			87,46
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079			11,01
MULTA MORATORIA REF 07/2018			1,90
JUROS DO MÊS Ref. 06/2018			0,73
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL			12,44
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA			1,14
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES [R\$ 8,36]			

FAIXAS CONSUMO BAIXA RENDA

Faixa	Consumo	Tarifa	Valor
Faixa 0 a 30	30	0,26007	7,82
Faixa 31 a 100	70	0,44739	31,31
Faixa 101 a 220	72	0,67110	37,32

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) 67 Compensado kg (CO₂) 0 Consciência Ecológica (%CO₂) 0%

CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO: ANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Informamos existir débito vencido sem arcabouços legais até esta data, no valor de R\$ 123,95. Conforme Resolução Anel 414/2010, Art. 173, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica, após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito relacionado ao ludo tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso.

DEBITOS ANTERIORES
 MES/ANO VALOR R\$
 07/2018 123,95

Consta desta fatura R\$ 3,39 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,51% e COFINS: 2,30%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03]
 Estamos em Bandeira vermelha patamar 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh [quillowatt-hora]. Informações: www.enei.gov.br

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 2954292 Nº da Nota Fiscal: 539199363 Total a Pagar (R\$): 114,68
 Data de Emissão: 29/08/2018 Referência: AGO/2018 Nº de Controle: 0002954292 00159 40742 48



CORRETORA DE SEG. LTDA.
 26 SET. 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 15:00, sob o número 01771846820188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177184-68.2018.8.06.0001 e código 3FE2651



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

LIBIA CORRETORA DE

26 SET. 2018



IA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

IA CORRETORA DE S. LT

04 SET. 2018

SS: