

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **CHARLES OLIVEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180059484**

Vitima: **CHARLES OLIVEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **02/04/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180059484**.

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 12344022



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro: 3180059484
Vítima: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 02/04/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

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 3180059484** 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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2018

Carta nº: 12460447

A/C: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180059484
Vítima: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 02/04/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000962-8

Conta: 0000025331-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

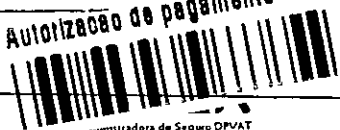
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





UTORIZAÇÃO 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 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 e 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 (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). 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

Nome completo da vítima

059.289.63319

Charles Oliveira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Charles Oliveira da Silva		CPF titular da conta 059.289.63319	Profissão Recurso
Endereço Rua C. Mello G		Número 314	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Pentecoste	Estado ce	CEP 62640-000
Email		Telefone (DDD) (85) 991330940	

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)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
Banco do Brasil 001
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
0962 8 25331 6
(Informar dígito se existir) (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.

Pentecoste 25 de 10 de 2017
Local e Data

Charles Oliveira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 598 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/04/2015 10:50:09**
Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2015 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR LOCALIDDE NUCLEO G**

RECEBEMOS

29 JAN 2015

Ponto de Referência: **PENTECOSTE /CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CHARLES OLIVEIRA DA SILVA**
Nascimento: **03/06/1992**
RG: **2007568932-9** Órgão Emissor: **SSPDS UF: -** CPF: **05928963319**
Filiação: **FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA**
RANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA
Endereço: **SIT NÚCLEO G**
ZONA RURAL 62640000
PENTECOSTE CE BRASIL Telefone: **8591853741**

Viana Oliveira F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 06.977.706/0001-15

Histórico

Afirma que por volta das 17h20min do dia 02-04-2015, na estrada da Localidade de Núcleo "G", zona rural deste município, seu irmão **CHARLES OLIVEIRA DA SILVA** guiava a **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, ANO FAB. 2009, ANO MOD. 2009, COR CINZA, PLACA-NQU1308, CHASSI-9C2KC16109R036500**, de propriedade dele, quando no trajeto de uma curva o mesmo foi abalroado por outra motocicleta que vinha em sentido contrário e invadiu a mão de direção do irmão da registrante. Que até a presente data nada sabe informar sobre os dados do outro veículo, nem sobre seu guiador. Que naquela oportunidade Charles foi socorrido à UPA24h, nesta cidade, onde recebeu atendimento e dali foi transferido para o IJF-CENTRO, em Fortaleza-Ce. onde também foi atendido. Que em consequência desse acidente **CHARLES** sofreu traumatismo na face e trauma na perna direita. Que referido ainda se encontra em tratamento, aguardando cirurgia na face. Nada mais disse.

Notificante(s)

Nome: **CHIRLE OLIVEIRA DA SILVA**
Endereço: **R AMANCIO CAMPELO 324**
Bairro: **PEDREIRA 62640000**
Município/UF: **PENTECOSTE CE BRASIL** Telefone: **8591853741**

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: **Maria Helena Gomes de Souza**

MARIA HELENA GOMES DE SOUZA - MAT.: 106331-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Chirle Oliveira da Silva**

VISTO DO DELEGADO(A):

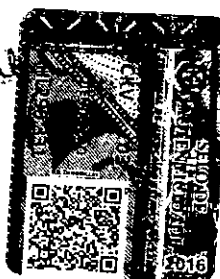
ADRIANA ALVES BRANDÃO BRAGA - MAT.: 198860-1-8

DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Pág. 1 de 2

Concluído: vítima proprietário do veículo
Situação irregular.

02.07.15.



Impresso em: 14/04/2015 11:22
com o original que foi
cancelado. Dou fé

Delegado de Pessoa Coelho Filho
Tabelião



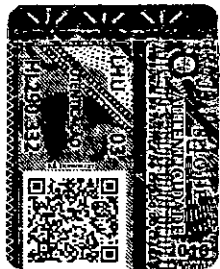
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 598 / 2015

RECEBEMOS

29 JAN 2015

Wladimir F. Nobre
Diretor de Seguros Eireli
197 796 0001-06



Certifico que a presente cópia
conferir com o original que foi
representado. Dou fé

Pentecoste - CE 21 / 09 / 17

Getulio de Pessoa Coelho Filho
Tabelião

RECEBEMOS

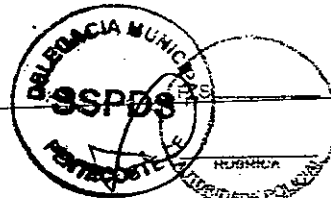
29 JAN 2015

Wladimir F. Nobre
Diretor de Seguros Eireli
197 796 0001-06



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE



BOLETIM DE Ocorrência Nº 525 - 1078 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/07/2017 14:43:50**
Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2015 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA LOCALIDADE DE NÚCLEO "G"**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL / NÚCLEO "G"** Município: **PENTECOSTE/CE**
Ponto de Referência: **NI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CHARLES OLIVEIRA DA SILVA**
Nascimento: **03/06/1992** CPF: **059.289.633-19**
RG: **2007568932-9** Órgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA**
FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA
Endereço: **SITIO NÚCLEO G**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **PENTECOSTE/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP: **62.640-000**

Telefone: **(85) 9185-3741**

Histórico

Em aditamento ao B.O. Nº 525-598/2015, a vítima deseja fazer uma retificação referente o nome de seus pais, haja vista ter havido erro de digitação quando foi colocado por duas vezes o nome de seu pai FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA, onde, na verdade, deveria ter sido colocado o nome de sua mãe FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA conforme consta em sua documentação de RG, E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

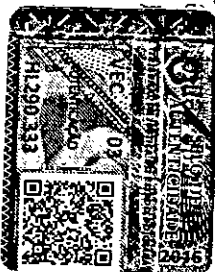
LICIA NADIA PINHO DE CASTRO - MAT.: 198308-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Charles Oliveira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

JOÃO CARLOS ARAÚJO MACHADO - MAT.: 30079213



Certifico que a presente cópia
Confere com o original que foi
representado. Dou fé

Pentecoste - CE **21/09/17**

Getalio de Pessoa Coelho Filho
Tabelião

RECEBEMOS

29 JAN 2018

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



Eu, Charles Oliveira da Silva, portador da carteira de identidade nº 05443304830 e inscrito no CPF/MF sob o nº 05928963319, residente e domiciliado na Calvinos Mello @
Cidade São Luiz, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Charles Oliveira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RECEBEMOS

29 JAN 2018

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

São Luiz Ceará 25/09/2017

Local e data

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3180059484

Nome do(a) Examinado(a): CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA NUCLEO G ZONA RURAL - Pentecoste/CE

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: Documento de Identidade, SSP / CE, 20075689329

Data e local do acidente: 02/04/2015, Pentecoste/CE

Data e local do exame: 20/02/2018, Fortaleza/CE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do arco zigomático à direita.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve resposta discreta, depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento cirúrgico e medicamentoso. Avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes nas estruturas craniofaciais, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame das estruturas craniofaciais, periciado refere dor à mastigação e diminuição da sensibilidade da face à direita. Apresenta assimetria de face à direita com trismo (constricção mandibular). Redução de movimentos maxilares bem como redução da amplitude de abertura da cavidade oral, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica.

IV. Nexô 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:

Lesões de estruturas craniofaciais, com prejuízo funcional não compensável da função mastigatória.

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”.
Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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 (*).

() “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 (Sequela): Estruturas craniofaciais - N/A - LEVE - 25%

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

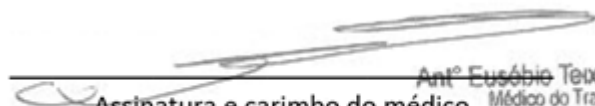
() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% 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.


Assinatura e carimbo do médico **Antº Eusébio Teixeira Rocha**
Médico do Trabalho
Mtb nº 2270 Port. Nº 6 de 12/06/90
CREMEC 4774 - CPF 375.928.284-15

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00962-8

CONTA: 000000025331-6

Nr. da Autenticação 71A35E77F4849178



JPA UNICAM (UF PRONTO ATENDIMENTO)
FIRMIANA LOPES MARTINS
PENTECOSTE - CE

~~CISVALE~~

FICHA DE ATENDIMENTO

Receptionista

TATIONO

Data

02 04 15

Horário

SECRET

442-085

HARLES OLIVEIRA DA SILVA

DATE MONTH YEAR C V. D

Sex: ☐ M. ☐ F.

Idade: 22 Anos

• pluralidade

10000000

ZONA RURAL

Municipio.

PRÉ-CONSULTA

☐ Regular☐ Grave

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

53

monitor

T

93

P

bam

٢

16. 10. 2017

1894

Continued on pg. 10

Comprovação de ato declaratório



AGOSTO. DIAGNÓSTICA

EXAMES SOLICITADOS:

DESTINO:

1. 1988-1990

☐ Internacional

☒ Recusou internação

☐ Transferência de ☐ Obito

☐ Observação

~~X~~

Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico (Carimbo)

(IPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO) - FIRMIANA LOPES MARTINS
Rua Gonçalo Sales Pessoa, SN, São Francisco - Petrópolis/CE - Fone/Fax: (85) 3352.1107

[illegible]

Nº DO CLIENTE

1139938-4

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

foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

enel

CONTO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA - GRUPO B (SÉRIE B-3) N.º 474962710

Rota 38-34071 09 017100 - 7 Data de Emissão 25/04/2017
Nome FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA
End. Postal RU COLONOS NUCLEO G 000000
COLONOS - S. LUIS DO CURU - 62640000
Medidor 5234193 Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG/CPF/CNPJ 065198638-90 CGF
Nome do Responsável

DADOS DE CONSUMO
Mês de Referência: Abr/2017 Data da Apresentação: 25/04/2017 Previsão Próxima leitura: 25/05/2017
ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta: SAO LUIS DO CURU
Mês: Fev/2017 ELSD: 17,27
Mês: DIC/12: 0,00 P

BASE DE CÁLCULO (R\$)
Bases de Cálculo (R\$) Faturamento Valor do Imposto
ISENTO
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
7887.3029.C789.36FF.489C.B44B.BE49.EE21
ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Mês: Fev/2017 ELSD: 17,27
Mês: DIC/12: 0,00 P

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Let. Anual Let. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)
37117 36992 1,00 125 0,00 125 0,35273 44,09
25/04/17 - 24/03/17 32 DIAS 125 44,09
VALOR (R\$) 44,09

VALOR CONSUMO DO MÊS 44,09
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 16,85
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 3,72)

Comprovante de residência



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

CENTRO DE CUSTO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia 26,52
Transmissão 0,66
Distribuição 0,28
Encargos Setaoriais 4,79
Tributos (ICMS PIS, COFINS).... 2,84
TOTAL 44,09

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
155	125	157,71
125	110	167,71
157	151	167,71
167	107	174,71
151	222	167,71
167	158	158,71
107	158	158,71
174	158	158,71
222	158	158,71
167	158	158,71
158	158	158,71
158	158	158,71

MED: Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun Mai

SOMATÓRIO DO CONSUMO EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

5,5-03 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 40,31. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso a partir de 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Ano 02/2017

Valor 40,31

Consta desta fatura R\$ 2,84 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,15% e COFINS: 5,32%
Mec. - Res. 100-2005 - ANEEL e Lei n. 10.837/02 e 10.833/03

Conforme Resolução Homologatória ANEEL 2.214/2012, entre 1 e 30 de abril a tarifa será reduzida em 0,06630 R\$/kWh para reverter o provisão do Encargo de Energia de Reserva

Elétrica Usina Angra III. O efeito na fatura se dará conforme ciclo de leitura e faturamento. Informações: www.aneel.gov.br ou pelos canais convencionais de comunicação

RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
NPJ: 21.487.736/0001

RECEBEMOS

29 JAN 7

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
NPJ: 21.487.736/0001

1212255-6

A Tarifa Social de Energia Elétrica
forçada pela Lei nº 10.138
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdivino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.027.251/0001-70 | CGF 06.105.848-7

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

476610325

Rota 05 34060 06 065700 - 5

Data de Emissão

09/05/2017

Nome NAFRA HERBER BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

End. Postal RU JOSE SALU 00000

CEMRO - PENTECOSTE - 62640000

Medidor 6016904

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 935659743-91 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.

Mai/2017 09/05/2017 08/06/2017

Conjunto 200 LUIS DO CARVALHO

ICMS

Mês Mar/2017 EMISS 7,11

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

Padrão 200 LUIS DO CARVALHO Apuração Individual

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

Mensal: Trím. Anual Mensal: Trím. Anual

ICMS

DIC 5,19 10,38 20,75 0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FIC 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

DMIC 2,94 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

22903 22956 1,00 77 0,00 47 0,1852 18,32

09/05/17 07/04/17 32 0182 77 VALOR (R\$) 18,32

DESCRICO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 18,32

JUROS DO MES 0,14

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 3,05

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,18

COB. SALDO FATURA ANTERIOR 24,77

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,24)

Comprovante de residencia



RECEBEMOS

29 JAN 2019

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

DEBÍTO 16/05/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 27,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	1,07
Transmissão	0,27
Distribuição	3,45
Encargos Setoriais	1,24
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,97
TOTAL	9,00

115	77	70	79	131	115	148	169	135	131	138	169
MED	Med	Med	Med	Med	Med	Med	Med	Med	Med	Med	Med

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

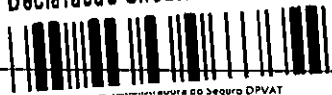
33,28 0,00 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E FATOS DE CONSUMO

A bandeira de maio é verde vermelha (Bandeira II), com custo de R\$ 3,00
e caso 100 kWh consumidos, como o custo de consumo é verde
quanto menor, é importante utilizar a energia elétrica com eficiência
para evitar desperdício. Informações em www.energia.ce.gov.br

Para mais informações consulte o site da Companhia Energética do Ceará - CEE

Caro Cliente, contamos quitação dos pagamentos de consumo de energia elétrica desta unidade e o consumidor vem desde 30/12/2016, conforme a Lei Nº 12.007/2009 e se declarando substitua quitações anteriores



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MAFRA HERBEN B M N inscrito (a) no CPF sob o Nº 985659743/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Charles Oliveira du Selva inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.289.633/19 do sinistro de DPVAT cobertura INVAZIDEZ da Vítima Charles Oliveira du Selva inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.289.633/19 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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>Jose Selva</u>		Número <u>957</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pentecoste</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(85) 91330940</u>

Pentecoste de 25 de 10 de 2017
Local e Data

Mafrá Herben B M Nascimento
Assinatura do Declarante

MATERIAIS	TIPO	QUANT.	MATERIAIS	TIPO	QUANT.	ÓRTESES E PRÓTESES	TIPO	QUA
Atadura de Gesso () cms			Baulha 40x52	Unid	04			
Algodão Ortopédico Hydrophil	Bl	02	Agulha 25x7	Unid	02			
Acilix			Seringa 5ml	Unid	02			
Água Destilada 1000 ml			Seringa Descartável (30) ml	Unid	02			
Atadura de Crepon (45) cms	Unid	05	Seringa Descartável (20) ml	Unid	04			
Atadura de Crepon () cms			Sonda Plástica Nº			Parafusos		
Bolsa de Colostomia			Sonda Uretral Nº					
Borracha P/Aspirador (Latex)	Unid	06	Sonda P/Aspiração Nº 30,34	Unid	02			
Cera P/Osso			Sonda Foley Nº () Vias					
Compressa de Gaze Pequena			Sonda Foley Nº () Vias			Fio de Steinmann		
Compressa de Gaze Grande			Gelfoam					
Coletor de Urina Urofix			Hypaque					
Coletor de Sistema Fechado			Solucões SF 0,9%	TB	03			
Dreno de Kerr			Legamento	ml	200	Fio de Kirschner		
Dreno Penrose			Logico	ml	500			
Fita Cardíaca			Todoado	ml	500			
Fixa de Smarch			Alcool 70%	ml	50			
Imobilizadora	Unid	06	Bisturi Elétrico	Sim		Dreno de Sucção		
Lenço	Unid	05	Monitor	Sim				
Luva Cirúrgica	Unid	02	Oxímetro	Sim				
Gaze Acolchada			Fotolux					
Gaze 7,5 x 7,5 4/50			Microscópio					
Lâmina de Bisturi Nº 15			EQUIPO MACRO GOTOS	Unid	04			
Lâmina de Gillette			Formeira True Way	Unid	04			
Luva Cirúrgica Nº 7,0	PAE	03	Algodão P/E/C/G	Unid	05			
Luva Cirúrgica Nº 7,5	PAE	03	Obocetla 20	Unid	05			
Luva Cirúrgica Nº 8,0	PAE	01						
Luvas Cirúrgicas	PAE	06						
Luvas Cirúrgicas	PAE	07						
Luvas Cirúrgicas	PAE	80						
Luvas Cirúrgicas	PAE	80						
Luvas Cirúrgicas	PAE	0,20						

RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria Genilde F. Nobre
Corretora de Seguros Eire

13.04.887.700.00

INSTRUMENTADORA: Camaria
CIRCULANTE: Renato Costa

GASTO CIRÚRGICO

Nome do Paciente:

Charles Oliveira de Silva

CID:

S024

Diagnóstico:

5. Natureza de uma hérnia de parede

SSM: 0404.02.045-3

0404.02.052-6.

DIA MÊS ANO
24 04 2015

OXIGÊNIO

Início Término Total/Horas

8h

OXIGÊNIO NITROSO

Início Término Total/Horas

Início Término Duração

8h 11h

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Porcine em dor sob anestesia geral

2. Assiste a fixação de Ponto de Ponto de Ponto

3. Anestesia de longa duração

4. Transferência de Xilocaína dil. a Doravina

5. Curativo de ferida aberta

6. Injeção de curativo aberto

7. Injeção de curativo aberto

8. Injeção de curativo aberto

9. Injeção de curativo aberto

10. Injeção de curativo aberto

11. Injeção de curativo aberto

12. Injeção de curativo aberto

13. Injeção de curativo aberto

14. Injeção de curativo aberto

15. Injeção de curativo aberto

16. Injeção de curativo aberto

17. Injeção de curativo aberto

18. Injeção de curativo aberto

19. Injeção de curativo aberto

20. Injeção de curativo aberto

21. Injeção de curativo aberto

22. Injeção de curativo aberto

23. Injeção de curativo aberto

24. Injeção de curativo aberto

25. Injeção de curativo aberto

Operação:

Adrenalina injt

Água destilada

Atropina injt

Tracium

Pavulon

Prostigmine injt

Flaxedil injt

Orastina injt

Efortil ou Efedrina

Quelecin injt

Thionembural

Fentanil injt

Inoval injt

Valium

Dimorf

Tramal

Dolanina

Dorminid

Ketalar

Lanexate

Narcan

Scalp

Equipo p/Soro

Equipo Micro-Gotas

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

Abocath

Fluothane

Halotano

Keflin 1 gr

Binotal 1 gr

Quemietina 1 gr

Claforan 1 gr

Recetin 1 gr

Xilocalina 2% S/Vaso

Xilocalina 2% S/Vaso

Xilocalina Pesada

Marcalina 5% S/Vaso

Marcalina 5% S/Vaso

Soro Glicosado 5% 500 ml

Soro Glicosado 5% 500 ml

Soro Fisiológico 9% 500 ml

Soro Glico-Fisiológico

Sol. Ringer C/Lactato

Sol. Eletrolítica 500 ml

Sol. Manitol 250 ml

Solu-Cortef

Protamina 1000-Ui

Bicarbonato de Sódio

Cloreto de Sódio

Revivan / Dopamina

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

TIPO QUANT.

Limpa:

Potenc. Contaminada:

Cirurgião:

2º Auxiliar:

Perfusionista:

Anestesista:

Instrumentalista:

Circulante:

TIPOS DE CIRURGIAS

Contaminada

Intelectada

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentalista:

Circulante:

TIPOS DE CIRURGIAS

Contaminada

Intelectada

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentalista:

Circulante:

TIPOS DE CIRURGIAS

Contaminada

Intelectada

8985-0

FIOS CIRÚRGICOS

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que assisti o(a)

paciente Charles Oliveira da Silva

tendo realizado Plegiostese da fratura do osso zigomático

utilizei os fios abaixo relacionados: _____ quando

Dr: Diego Santiago

Aciflex	_____	Unidades
Cat gut cromado	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Cat gut simples	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Mersilene	_____	Unidades
Mononylon	<u>5.0 e/Agulha 02</u>	Unidades
<u>Nylon</u>	<u>4.0 e/Agulha 01</u>	Unidades
_____	_____	Unidades
Policot	<u>2.0 e/Agulha 01</u>	Unidades
Prolene	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Seda	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Vicril	<u>4.0 e/Agulha 02</u>	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Total	<u>08</u>	Unidades

RECEBEMOS

29 JAN 2018

Med. Henrique F. Nobre
Copa de Seguros Eireli
21.487.736/0001-06

Obs.: Pront: 369846
Leito: 302

Permanência em
Isolado, 22 anos

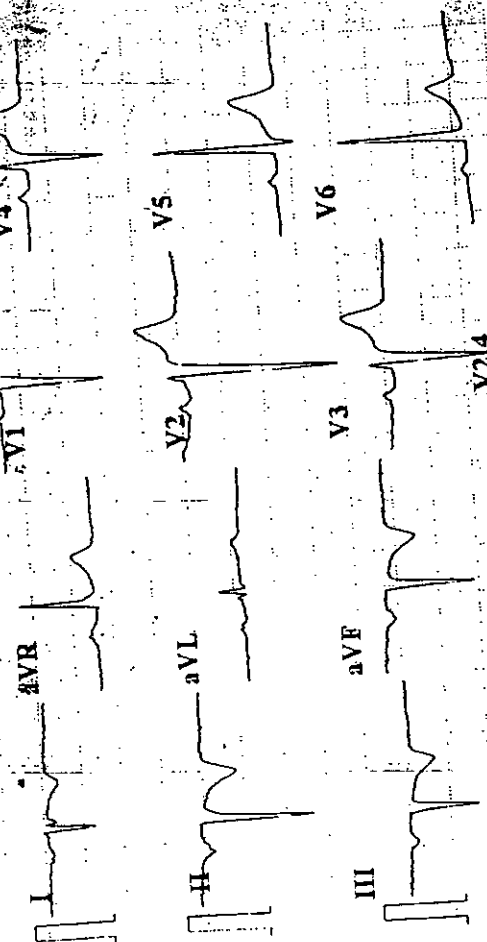
Dr. Paulo Henrique R. Carvalho
Cirurgia e Traumatologia
Bairro Aldeota - Fortaleza
Residência F05 025-CE 6005

Fortaleza, 24 de Abril 2015

Med. Assist.:
CRM.: N°

Formato Impressão:

23-04-2015 10:34:43



10mm/mV 25mm/s

:150423-1034

34 A

Masc.

mmHg

cm

kg

: 63 bpm

: 98 ms

: 180 ms

: 93 ms

: 375/385 ms

: 252/252/256 °

: 1.580/1.342 mV

: 2.922 mV

: 1.666/1.916 mV

Código do Minnesota: 302
8-6-3 Charles Oliveira da Silva
1-2(II) 4-2-0(II,aVF)
5-2-1(I,II,aVF) AS 10:30
9-4-2(V4)

Informação diagnóstica:

800: Ritmo sinusal

112: Derivação dos braços invertida

ECG Normal

Laudo Confirmado por:

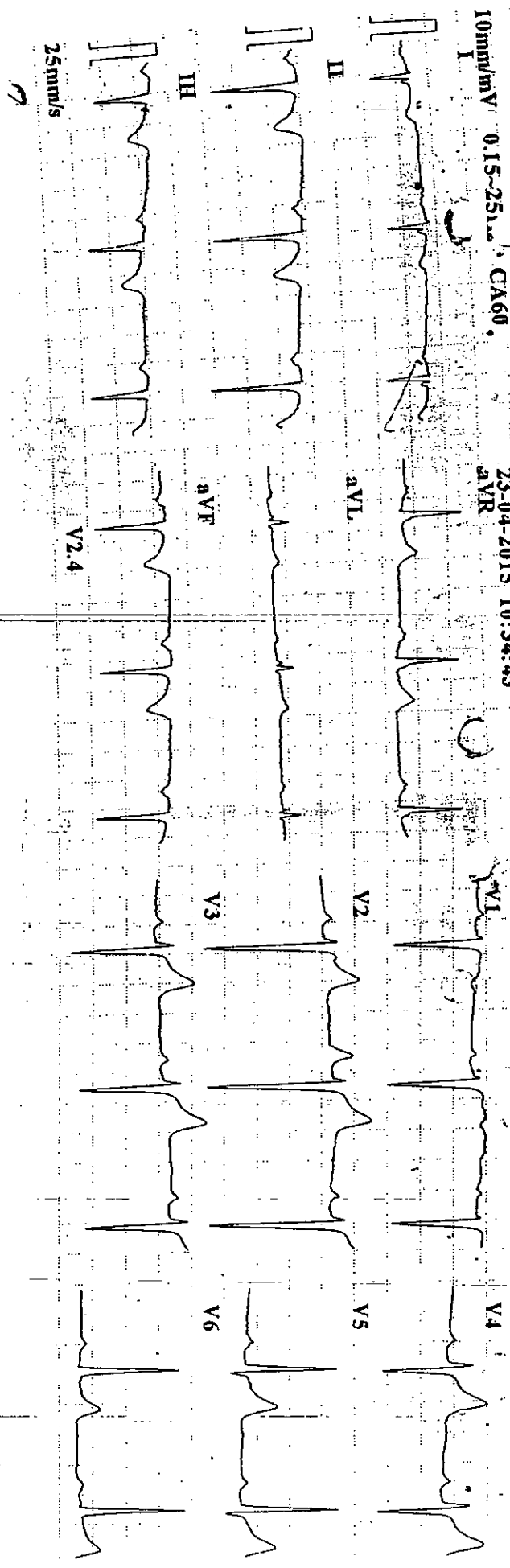
RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
01.21.487.736/0001-06

10mm/mV 0.15-25mm/s CA60

23-04-2015 10:34:43



RECEBEMOS

7 9 JAN 2019
Maria Cecileide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 07.736.000/01-06

DATA	HORA	• EVOLUÇÃO •
27/04/15		Paciente no 3º DPO de RED + FIR de FRAT de zigoma (D). Edema local em regressão. não apresenta quixas alérgicas.
		Yuri Campelo Fraga Cirurgia e Traumatologia Buco - Maxilo - Facial Residência IJE CRO-CE 7780
		RECEBEMOS 29 JAN 2015 Maria de Lourdes F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ 21.487.736/0001-06
28/04/15		Paciente no seu 4º DPO de RED + FIR de fr. zigoma (D). Quilou em BCB, sem quixas alérgicas; apêndix; relato como orelha. Ao exame observou edema compatível com procedimento cirúrgico, de fr. zigoma (D) - oclusão estável; sem sinais de infecção; sem discrição de sutura.
		CD: Adição do mineral à mercurial.
		Dra. Suelen Rocha Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente IJE CRO-CE 7584
29/04/15		Paciente em seu 5º DPO de RED + FIR de fr. zigoma (D). Evoluí ativamente, sem quixas alérgicas, sem sinais de infecção e sem discrição de sutura. Ao exame extraoral apresenta edema compatível com o procedimento cirúrgico.
		CD: Mantida prescrição.
		Dra. Raissa Augusto Papaléo Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente IJE CRO-CE 7350
30/04/15		Paciente em seu 6º DPO de RED + FIR de fr. zigoma (D). Evoluí ativamente, sem quixas alérgicas, sem sinais de infecção e sem discrição de sutura. Ao exame extraoral apresenta edema em regressão.
		CD: Mantida prescrição.
		Yuri Campelo Fraga Cirurgia e Traumatologia Buco - Maxilo - Facial Residência IJE CRO-CE 7780

NOME:

Chales Oliveira L. Silva

APTO./LEITO:

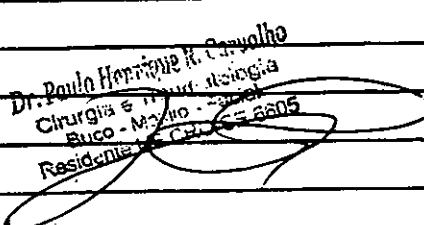
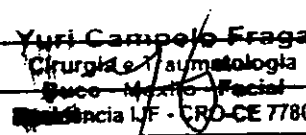
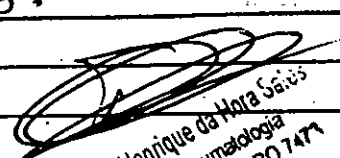
CONV.:

DATA	HORA	• EVOLUÇÃO •
01/05/15		Paciente em seu 7º DPO de RED + FJR de Exce Zigma (D) Evolve estável, orientado, verbalizando, deambulando, consciente, agitado, ausência de queixas algicas e em D Ap exame apresenta ausência de sinais de infecção ou de contusão em altura, hipofosfoma residual em regressão (D) CD: Alta prevista: amanhã, dia 02/05/2015 Aguarda TC de face
		<i>Dra. Raissa Ribeiro Papaleo</i> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente LP CRO-CE 7358
02/05/15		Paciente em seu 8º DPO de RED + FJR de Exce Zigma (D) Evolve estável, consciente, orientado, verbalizando, deambulando Não relata queixas algicas, agitado No exame observa edema em tpo médio da face em regressão; hipofosfoma residual, sem sinais de infecção; sem diferença de altura CD: Alta DMR
		<i>Dra. Suelen Rocha</i> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente LP CRO-CE 7584
		TC de face. SVS 02/05/15
		RECEBEMOS 29 JAN 2015 Maria Cecília de F. Nobre Coordenadora de Segur. Evid CNPJ nº 08.736.000/00

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

DATA	HORA	• EVOLUÇÃO •
24/04/2015		Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura do complexo Orbital-Maxilo-Zigomático (D). Procedimento realizado sem intercorrências. Paciente em SPDA.
		 Dr. Paulo Henrique R. Carvalho Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Residente - CRM 56805
25/04/2015		Paciente em seu 1º DPO de fratura de complexo orbital-maxilo-zigomático (D). Sem queixas algéicas. Sítios cirúrgicos sem sinais de infecção ou desconexão de sutura. Oclusão adequada. Discreta edema em 1/3 médio da face.
		CD: Solicito R. PO  Yuri Campelo Fraga Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Especialista LF - CRM-CE 7780
		Rx. Face (REALIZADO) 25/04/15
26/04/15		PACIENTE NO 2º DPO DE RED + FIR DE FRATURA DE ZIGOMA (D). EDEMA LOCAL EM REGRESSÃO. NÃO APRESENTA QUEIXAS ALGÉICAS.
		 Dr. Pedro Henrique da Hora Sales Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial / CRM 7471

RECEBEMOS

29 JAN 2015

Valéria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Fina
 0121 487.736/0007

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

DATA	HORA	• EVOLUÇÃO •
24/04/15		Paciente vítima de acidente automobilístico em 02.04.15 com trauma em face. Normotensivo, 22 anos, ♂. Evolui em BEG, deambulando, verbalizando, afébil. Ao exame apresenta distopia, perda de projeção D-P em face (1/3 médio D), 5º queixas maxiais com degraú 10 D + degraú em arco zigomático D. Relata queixas algícas com abertura máxima de boca; pausteria a região de UNO D. Reatualiza edema em perna direita. Porta fx C2M D. em Internação + presença Solicitado ECG. Cirurgia prevista p/ 24/04/2015 com Dr. Diego Santiago.
25/04/15		Paciente vítima de acidente automobilístico em 02/04/15 (há 21 dias), com trauma em face. Evolui consciente, orientado, verbalizando. Ao exame apresenta perda de projeção AP de molar D, degraú 20 D, degraú em arco zigomático D, sem queixas visuais, há a abertura máxima; sem restrição de movimento do globo ocular e sem queixas oclusais. Porta: Fx de C2M D. em Aguardo ECG Cirurgia prevista p/ 24/04/15 com Dr. Diego Santiago

[Assinatura]
 Dra. Rosângela ...
 Clínica de ...

RECEBEMOS

29 JUN 2015
 Maile Georgette F. Nobre
 Clínica de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.181.181/0001-11

Yuri Campos Fraga
 Cirurgião e Traumatologista
 Buco - Maxilo - Facial
 Residência UF - CRO-CE 7780

NOME: cinalei de Almeida Silva

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

18/05/2013

NOME DO PACIENTE:

Charles Oliveira

5 ENFERMARIA/LEITO 303

CONVÊNIO:

Nº PRONTUÁRIO

DATA

MANHÃ

TARDE

NOTURNO

GLICEMIA CAPILAR

02/05

AS 08:00 horas

AS 13:00 horas

M -

Paciente no repaciente, pois
 de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

T -

do Verbeliga do 09/05/2013

N -

ambula sob o
 de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

HIGIENE ORAL

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

de RHE Guelin de Alta, Maso
 remente, emita, 09/05/2013

RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria de Fátima F. Nobre
 Corretora de Seguros Fidei

MUDANÇA DE DECÚBITO

CURATIVO

Característica da Ferida:

a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca
 () Hiperemiada

b - () Úlcera () estágio I () estágio II
 () estágio III () estágio IV

c - () Exudato seroso

() Exudato serosanguinolento

() Exudato sangüinolento

d - () Tecido de granulação

() Tecido necrótico () Fibrina

Ass:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

29/05 25/10/13

NOME DO PACIENTE: Phonela Oliveira da Silva

DATA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA/LEITO 303

CONVÊNIO:

Nº PRONTUÁRIO

MANHÃ

TARDE

NOTURNO

GLICEMIA CAPILAR

HIGIENE ORAL

MUDANÇA DE DECÚBITO

CURATIVO

Característica da Ferida:

a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca

b - () Úlcera () estágio I () estágio II () estágio III () estágio IV

c - () Exudato seroso () Exudato serosanguinolento

() Exudato purulento

() Exudato de granulação

() Tecido necrótico () Fibrina

Alf. Alves
Téc. Enfermagem
COREN-CE 978623

RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria Cecília F. Nobre
Diretora de Seguros Elétr.

ASS:

ASS:

ASS:

COREN:

COREN:

COREN:

Ass:

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE:		ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. - ENFERMAGEM	
02/05/15	① Dieta postprandial de quilo líquido	SN		
	② Dieta normal com 10 g de óleo de SN	SN		
	③ Higiene oral beldica	18 24 06 14		
	④ SNI + EEG	Rotina		
	⑤ Alta Hospitalar	- (13:00)		
RECEBEMOS 29 JAN 2018 Márcia Secreide F. Nobre Diretora de Seguros Elétricos				

RECEBIMOS

29 JAN 2018

[illegible]



Av. Padre Antônio Thomás, 2856 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará

Fone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

RECIBIMOS

29 JAN 2018

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

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE:		ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
Charles Oliveira da Silva		303		
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. - ENFERMAGEM	
30.07.2015	① Dieta pastosa líquida	SND		
	② Keflin 1g IV de 8/8hrs D7 (SUSCRALCO)			
	③ Digoxina 0,25mg SC de SE 07/08 de 06/08hrs	7/16 08:00 08:10		
	④ Amox 500mg IV de 08/08hrs	08:00 08:10		
	⑤ Óleo mineral 1x ao dia A/N	SND		
	⑥ SSVV + CCG	ROITINA		
	⑦ Higiene oral 4x ao dia	18:00 08:10		
	⑧ Keflin 1g IV de 08/08hrs D7	18:00 08:10		
	⑨ TC de face, solicite			
Yuri Campelo Fraga Cirurgião e Radiologista Banco - Marinho Residência LH - CRO-CE 7780				
Rita D. Silva Enfermeira COREN				

RECEBEMOS
25 JAN 2019
Coordenadora de Enfermagem
Conetora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

29 JAN 2016

Donatária de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.738/0001-06

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone (85)33224-5417 - Fax (85)33261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

~~207~~ 303

NOME DO PACIENTE		ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO		ASS. - ENFERMAGEM
21/04/15	Dieta Líquida	18	SND	
	19h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	20h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	21h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	22h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	23h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	24h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	25h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	26h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	27h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	28h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	29h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	30h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	31h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	32h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	33h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	34h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	35h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	36h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	37h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	38h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	39h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	40h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	41h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	42h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	43h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	44h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	45h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	46h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	47h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	48h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	49h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	50h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	51h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	52h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	53h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	54h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	55h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	56h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	57h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	58h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	59h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	60h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	61h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	62h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	63h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	64h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	65h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	66h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	67h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	68h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	69h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	70h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	71h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	72h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	73h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	74h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	75h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	76h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	77h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	78h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	79h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	80h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	81h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	82h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	83h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	84h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	85h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	86h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	87h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	88h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	89h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	90h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	91h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	92h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	93h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	94h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	95h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	96h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	97h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	98h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	99h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	
	100h 30 de 08/08/15 De	24	06 12	

Dr. Rui de Fátima Rebelo

Coordenador de Enfermagem

Presença CROCE 1988

RECEBEMOS

29 JAN 2018

Maria Otília de F. Nobre

Corretora de Seguros Eireli

NPJ-21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

29 JAN 2018

Maria Otília de F. Nobre

Corretora de Seguros Eireli

NPJ-21.487.736/0001-06

NOME DO PACIENTE: Charles Eduardo da Silva

ENFERMARIA/LEITO 303

CONVENIO:

Nº PRONTUÁRIO

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

18/05 25/10/13

NOME DO PACIENTE: Charlen Oliveira da Silva

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA/LEITO 302

CONVÊNIO:

SUS

Nº PRONTUÁRIO

GLICEMIA CAPILAR

MANHÃ

TARDE

NOTURNO

28.04.15 08:00 Paciente com As 14:00h Paciente com 20h parte no pós M -

em PO de BME, Budu e no pós-operatório de BME, foi

encaminhado para o ID de BME, avaliação de ferida e

verificação de sinais vitais, bem como de sinais de infecção.

Medicação: Antibiótico de 1ª linha, de 14h a 20h, verbal

em 08:00h. Medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

medicação de 14h a 20h, de 14h a 20h, de 14h a 20h,

CURATIVO

Característica da Ferida:

a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca

b - () Úlcera () estágio I () estágio II

() estágio III () estágio IV

c - () Exudato seroso

() Exudato serosanguinolento

() Exudato sanguinolento

() Exudato purulento

d - () Tecido de granulação

() Tecido necrótico () Fibrina

MUDANÇA DE DECÚBITO

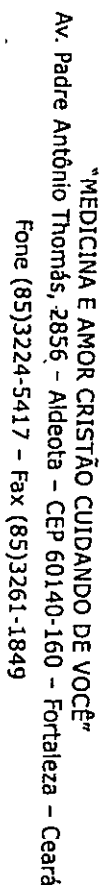
RECEBEMOS

21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

27 JAN 2015

21.487.736/0001-06



NOME DO PACIENTE:	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
28.04.15	Dieta Pastas Liquidificadas Medicamentos 6x/dia DS Analgésicos 8/12 h Dipnóico 2x/dia S/S/S/S/S/S Osteoporose 1x/dia SSUV + cicca Higiene oral 4x/dia	503 18 / 24 / 06 / 12 22 / 06 / 17	302	SUS
	Dra. Stella Rocha Cirurgia e Traumatologia Buccomaxilofacial Residência JF-CBO-CE 7584	Rotina		

RECEBEMOS

29 JAN 2018

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

RECEBEMOS

29 JAN 2018

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

Bolsista
305620

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

RECIBIMOS
RECIBITO
9 JAN 1979
Comptrol de Seguros Aven
CNPJ 21.487.736/0001-01

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: <u>Charles Oliveira Da Silva</u>		ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO		ASS. - ENFERMAGEM
26/09/75	1) DIET PASTOSA LIQUIDIFICADA	SND		
	2) CEFALOTINA 750 (EU) 6/6h (D3)	3x	2x	06.1.72
	3) Hexametilena 4mg 8/8h (D3) (Suplement)	2x	06.	74
	4) CETO PROTEIN 100mg + 100ml 500gr.	3x		76
	5) 12/12h (D3)			
	6) PIRAZONA 20-78c 500gr. (EU) 6/6h	3x	2x	06.1.72
	7) RANITIDINA 50mg (EU) 8/8h	2x	06.	74
	8) 55W + CCGG	ROTINA		
	9) HIGIENE OAL 3x AO DIA	3x	7	

[Signature]
 Dr. Paulo Henrique da Hora Sales
 Cirurgião e Traumatologia
 Bco. Médico Facial / CRO 7472

Oficina: 330110 A. Grão
 CUNHA - 88978

RECEBEMOS

9 JAN 2018
 Maria Carmo de R. Nogueira
 Correlora de Seguros
 CNPJ: 21.487.730/0001-06

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

[illegible]

PREScrição Médica

NOME DO PACIENTE	PREScrição Médica	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
23/04/15	1) Dieta pastosa líquida fralda, dieta zero a partir das 22h	ATT111	SUD	
	2) Dipirona 500mg VO 6/6h SN	SN		
	3) SSUV + CCGG	Rotina		
	4) Higiene oral 4x ao dia	18 24 06 12		
	5) Aguardes etc	(OK)		
	6) Curativo em perna (B)	(OK)		
	7) Cirurgia prevista p/ 24/04/15 a 7h com Dr. Diego Santiago	ATT111		
	8) SE 0,7% CV 500ml 21h/med às 6:00h da 24/04/15, em USD	500 (OK)		
	9) Solicito abocafk e relaxsa	(OK)		
	Yuri Campelo Fraga Cirurgião Traumatologista Bucco - Maxilo - Facial Residência UF - CRQ 17780			

RECEBEMOS

29 JAN 2018

Maria Georgete F. Nobre
Coordenadora de Seguros Eliteli

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
CHARLES OLIVEIRA DA SILVA		382		
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO		ASS. - ENFERMAGEM
	1 Dor no peito. Prescrita 6h e 18:00h. SNO			
	2 S.C.T. 1000 g 14 g/m² em 500 (30) 1500 (17)			
	3 K.F.L.V. 1 g 6 g/16h D.	18 24 06 12		
	4 Diclonor 4 g (1:9AD) 8/8h (D/D3)	24 06 14		
	5 Proctusol 100 g 100 g S.C.T. 9 g/12h/24h em 24 10 12			
	6 Dupron 1 Aug + 18 g AD 6/6h em 18 24 06 12			
	7 Amn 44 g 18 g AD 8/8h em 24 06 14			
	8 1500 + CC66			
	9 Hecor 0.2 g 4h de 18 24 06 12			
	10 Compu 6.0 km q/48h. em 18 6120 m 12000 24			

Dr. Henrique R. Caspary
Clínica de Traumatologia
Rua - Média - F302
Fonema - 6215503

RECIBIMOS
29 JAN 2018
Diretor de Seguros Eireli
J:21.487.766/0001-06

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

RECEBEMOS
29 JAN 2018
Maria Cecileide F. Nobre
Seguros Fieire

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE

DATA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA LEITO 300

CONVÊNIO:

Nº PRONTUÁRIO

MANHÃ

TARDE

NOTURNO

GLICEMIA CAPILAR

HIGIENE ORAL

RECEBEMOS

29 JAN 2019

Maria Cecileide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli

MUDANÇA DE DECÚBITO

CURATIVO

Característica da Ferida:

a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca

() Hiperemiada

b - () Úlcera () estágio I () estágio II

() estágio III () estágio IV

c - () Exudato seroso

() Exudato serosanguinolento

() Exudato sanguinolento

() Exudato purulento

d - () Tecido de granulação

() Tecido necrótico () Fibrina

COREN:

COREN:

COREN:

Ass:



"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

RECEBEMOS

29 JAN 2018

Maíla Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
NPJ.21.487.736/0001-06

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

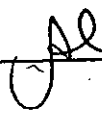
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 22/04/2015 07:01:42	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704705781795333	NOME: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA				Registro: 5363239		
CPF:	RG:	D. NASC: 03/06/1992	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA				NOME DO PAI: FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA		Nº: 106	BAIRRO: PEDREIRAS			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: PENTECOSTE	UF: CE	CEP: 62640-000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA				PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: RETORNO FEITO NA EMERGÊNCIA BUCO MAXILO							
QUEIXAS:							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: BRANCO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: BUCO MAXILO							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente motorcístico, apresentando
trauma de maxila superior em região zigomática.
Perda: Fratura da complexa zigomática (D)

Conduta:

Transferência p/ Hospital de apoio

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 22/04/15	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: 

RECEBEMOS

29 JAN 2015

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



Rua: Professor Dias da Rocha, 1530 – Aldeota

Fone: (85) 3224.54.17 – Fax (85) 3261.1849

C.G.C. 7.263.866/0001-34

TERMO DE CONHECIMENTO

EU, Charles Oliveira da Silva
CPF. 059.289.633-19 RG. 90075689329 Estou
ciente que o Hospital Batista Memorial não cobra de
pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de
honorários médicos referentes aos internamentos ou
procedimentos hospitalares oriundos do SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE.

ASS. PACIENTE

Charles Oliveira da Silva

RECEBEMOS

29 JAN 2015

ASS. RESPONSÁVEL

X

Maria Cecineide F. Nóbrega
Corretora de Seguros Eireli
21.487.736/0001-00

Fortaleza,

22/04/15

RECEBEMOS

29 JAN 2015

Maria Cecineide F. Nóbrega
Corretora de Seguros Eireli
21.487.736/0001-00



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
Rua Professor Dias da Rocha, nº 1530 - Aldeota
Fone: (085) 3261 2999 - Fortaleza-CE

TERMO DE RESPONSABILIDADE CIRURGIA DE RISCO

Eu, A MESMA, RG: 20075689329 SSP CE, CPF: 5928963319, Responsável pelo paciente: Charles Oliveira Da Silva
DOCUMENTO: _____

Declaro que fui esclarecido(a) a respeito dos riscos da morbidade e mortalidade da Cirurgia de: _____
a que serei submetido(a).

Estou de Pleno acordo com a intervenção cirúrgica proposta pela equipe médica. Aceito os riscos da cirurgia, da anestesia, da transfusão de sangue e seus derivados, bem como o uso de medicamentos e autorizo a referida intervenção.

OBS: _____

Responsável: A MESMA
Endereço: RUA RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA, 106 , PEDREIRAS
CPF: 5928963319
RG: 20075689329 SSP CE

Testemunha: _____

Endereço: _____

CPF: _____

RG: _____

Fortaleza(CE), FORTALEZA, 22 de ABRIL de 2015.

Paciente/Responsável: *X Charles Oliveira da Silva*

RECEBEMOS

29 JAN 2018

Maria Cecileide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
NPJ: 21.487.736/0001-06



Cód.: 12600003017

Fortaleza 2

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2 5 2 9 1 4 9
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Hospital Batista Memorial	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Charles Oliveira do Silva	6 - Nº PRONTUÁRIO: 5363239			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 	8 - DATA NASCIMENTO: 03/06/92	9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem	10 - RAÇA/COR: 	10.1 - ETNL:
11 - NOME DA MÃE: Francisca Carlota de Oliveira do Silva	12 - TELEFONE DE CONTATO: 			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: 	14 - TELEFONE DE CONTATO: 			
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Raimundo Jesus de Oliveira				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 	18 - UF: 	19 - CEP: 	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de acidente motociclístico, apresentando fratura de fratura A-P lado @ em região zigomática. Perto: Fratura do complexo zigomático @.
--

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Necessidade de TTO cirúrgico sob anestesia geral

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Anamnese + Exame clínico + Exame imagiológico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract. Ossos maxilares	24 - CID 10 PRINCIPAL: 5024	25 - CID 10 SECUNDÁRIO: 	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteotomia do fd. oss. zigomático	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 040503000-3		
29 - CLÍNICA: BMF	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: eletivo	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 	34 - DATA SOLICITAÇÃO: 22/04/15	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): 	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA: 	40 - Nº DO BILHETE: 	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA: 	43 - CNAE DA EMPRESA: 	44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 	47 - Cód. ORGÃO EMISSOR: SEMS	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): 	

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via- Prontuário do paciente

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Secretaria Municipal de Saúde

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome: Charles Oliveira da Silva

A Perícia Médica

O paciente acima é vítima de acidente automobilístico em 02/04/15 com trauma em face (não estava usando capacete), com fratura das ossas maxilares (fratura do complexo órbito-maxilar - zigomático D). A cirurgia foi realizada dia 24/04/15 com redução do fratura. O paciente acima está sem condições de trabalhar desde 02/04/15. Já um período de 90 (noventa) dias a conta do dito acidente.

DATA: 11, 06, 15

Fernanda Dias Goulart
CREMEC 12524
MÉDICA

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

RECEBEMOS

29 JAN 2015

Maria Georgette F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
12121 487.736/0001-06

Pronto Atendimento

Clinica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clinica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

**Internamentos
Clínicos & Cirúrgicos**

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Chorle de Oliveira da Silva

*Paciente vítima de acidente
motociclístico no dia 02/04/15, sendo
submetido a tratamento cirúrgico de
fratura de maxilar no dia 24/04/15.
No momento encontra-se de alta
definitiva.*

CID: S024

21/08/15

Dr. João Eudes Teixeira
Cirurgião - Dentista
CRO - 7598

Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

111546/07

RECEBEMOS

29 JAN 2018

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.736/0001-00

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
24/04/2015		Paciente submetido a tratamento cirúrgico de Fratura do complexo Orbital-Maxilo-Mandibular (D) com fechamento da ferida com sutura. Sinais vitais estáveis. Distúrbio de consciência em 1/3 médio de face.
		Dr. Paulo Henrique R. Araújo Cirurgia e Traumatologia Bucco-Maxilo-Facial Residência L.F. - CRO-CE 55.8805
25/04/2015		Paciente em 1º DPO de Fratura de complexo orbital-maxilo-mandibular (D). Sem queixas algas. Sinais vitais estáveis. Distúrbio de consciência em 1/3 médio de face.
		Dr. Yuri Campelo Fraga Cirurgia e Traumatologia Bucco-Maxilo-Facial Residência L.F. - CRO-CE 7780
		Rx. FACE (REALIZADO) 25/04/15
26/04/15		PACIENTE NO 2º DPO DE RED + FIR DE FRATURA DE ZIGOMAXILA (D). CREMA LOCAL EM REGRESSÃO. NÃO APRESENTA QUEIXAS ALGAS.
		Dr. Pedro Henrique da Hora Sales Cirurgia e Traumatologia Bucco-Maxilo-Facial / CRO 7477
		RECEBEMOS

29 JAN 2015

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

Prefeitura de
Fortaleza

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 22/04/2015 07:01:42	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CPF: 754705711790333	NOME: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA		Registro: 5363239		
RG:	D. NASC: 03/08/1992	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:	
NOME DA MÃE: FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA		NOME DO PAI: FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA			
PRO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA		Nº: 108	BAIRRO: PEDREIRAS	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: PENTECOSTE	UF: CE	CEP: 2240-000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA		PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
PRO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSMO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
TIPO DE ATENDIMENTO: RETORNO FEITO NA EMERGÊNCIA, BUCO MAXILO					
DIAGNÓSTICO:					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
TEMPERATURA: 36,0	PULSO: 72	Pressão de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: BRANCO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: BUCO MAXILO					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese e Exame Físico:					
Paciente vítima de acidente motorístico, apresentando					
fratura de maxila superior em região zigomática.					
Perda total da complexão zigomática (D)					
Transfêrencia p/ hospital de apoio					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 22/04/05		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

RECEBEMOS

29 JAN 2018

 Maria Cecília F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 01-21.487.736/0001-00

PREScrição Médica

OME DO PACIENTE	PREScrição Médica	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
CHARLES OLIVEIRA DA SILVA		302		
DATA		HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO		ASS. - ENFERMAGEM
1	D... .. 14.6.14	500/30 (500/1)		
2	SCF 1000 p 14.6.14			
3	1.1.14 + 6 cu 616h D.	18		
4	De... .. 4.1 (1.9.14) 818h (D/D)	22		
5	Pro... .. 100 p 5.9.14 12.14h	22		
6	Di... .. 1.1.14 18.14h	18		
7	Am... .. 1.1.14 18.14h	22		
8	1500 + 666			
9	He... .. 2.1.14	18		
10	Comp... .. 6.1.14	22		

RECEBEMOS

29 JAN 2014

Maria Cecília de F. Nogueira
Corretora de Seguros Eireli

Maria Cecília de F. Nogueira
Corretora de Seguros Eireli

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

RECEBEMOS

29 JAN 2013

Alia Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
1271736/0001-06

26138

Prontuário 169846	Atendimento 13069	Reserva/Guia *12600008017*
----------------------	----------------------	-------------------------------

Paciente CHARLES OLIVEIRA DA SILVA [CPF: 5928983319]	Sexo Est. Civil M Solteiro	Dt Nasc. 03/08/1992	Telefone 85 91040332	R.G. 20075689329	Código CNS 704705761795333
Endereço RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA Bairro PEDREIRAS	Num. Complemento 109	Cidade PENTECOSTE	Profissão	UF CE	
Nome da Mãe FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA	Endereço RAIMUNDO SOARES DE OLIVEIRA	Cidade PENTECOSTE	Cep 85 91040332	Num. 109	Telefone 85 91040332
Responsável CHARLES OLIVEIRA DA SILVA					

Médico Atendente 259330 FRANCISCO DE ASSIS SILVA [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]	Médico Acompanhante 259330 FRANCISCO DE ASSIS S [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]
Procedimento Res: 120704 OSTEOSINTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO	Cid S024 FRAT DOS OSSOS MALARES E MAXILARES
Se... 012401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUS	Origem PACIENTES DO UF
Acomodação POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016110 - ENFERMARIA 309 LEITO: 16 / ENF 016110	
Data mín. para alta - 22/04/2015	Data máx. para alta - 28/04/2015
Atendente -	ADRIANA FRANKLIN

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....?	[] Sim [] Não	Data admissão - 22/04/2015	Data alta - 02, 05, 15
Internação anterior..?	[] Sim [] Não	Hora admissão - 19:10	Hora alta - 11:00
Alta....:	Curado.....: []	Melhorado.....: []	Inalterado.....: []
	Plorado.....: []	A pedido.....: []	Indisciplina.....: []
	Transferido....: []	Falecimento....: []	Evasão.....: []
			Clinica.: Médica.....: []
			Cirúrgica.....: []
			Obstétrica.....: []

Diagnóstico:	Cid
Internação.: Fratura dos ossos malares	S024
Definitivo...: Fratura dos ossos malares	S024

Histórico: Prontuário de acidente motociclístico dia 02/04/15
com fratura em braço. Cirurgia realizada dia 24/04/15 com
osteossíntese de zigoma

Alta - 1	Rolo X:	Util
Perm - 2	[] Simples	Entrada
Transf - 3	[] C/Contraste	Saída
Óbito - 4		
Motivo	Caract. Trat.	
[] Sangue..: [] Rh.: []	[] A [] B [] C [] D []	

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERIDICOS.

Charles Oliveira da Silva
Assinatura do Paciente

RECEBIDO

RG

29 JAN 2015

Carleide F. Nobre
da Sousa Fialli

Adriana Franklin (26138)
05/12/2015

DATA	HORA	EVOLUÇÃO:
02/05/15		Paciente em seu 1º DPO de Red + FIR de Exce 2º grau (B) Estado estável, orientado, verbalizando, deambulando, consciente, aguil, ausência de queixas agudas sem DPO. Apesar de ausência de sinais de infecção ou dor em área, hipofagia residual em regressão (B). cd: Alta prevista: 1ª semana, dia 02/05/15 Aguarda TC de face <i>Dra. Kátia Rêgo Papale</i> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente em CRO-CE 7584
02/05/15		Paciente em seu 2º DPO de RED + FIR de Exce 2º grau (B) Estado estável, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, não relata queixas agudas, aguil. Uo exame observou edema em tnap médio da face em mucosas. Hipofagia residual, sem sinais de infecção, sem dor em área de lesão. cd: Alta DMR <i>Dra. Suelen Rocha</i> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente em CRO-CE 7584
		TC de face. SV RECEBEMOS 02/05/15 29 JAN 2015 Maria Geineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.736/0001-08

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____



HOSPITAL
BATISTA
MEMORIAL

8021-7

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE

Charles Oliveira de Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

169846

Nº CONTROLE

TIPO DE CIRURGIA

maxilomaxilar

APTO / ENF.

LEITO

CATEGORIA

CIRURGIÃO

Dr. [illegible]

TEMPO DE SALA

TEMPO DE OXIGÊNIO

IDADE

PESO

ALTURA

SEXO

TEMPERATURA

PULSO

RESPIRAÇÃO

PR. ARTERIAL

DATA DA ANESTESIA

Tipo Sanguíneo

Hemácias

Hemoglobina

Hematócrito

Glicemia

Uréia

Urina

Ap. Respiratório

MVV 10, A/R 18

Ap. Circulatório

R.R. 12, P.R.F. 110 bpm

Ap. Digestivo

N/D

Dentes

Ne

Pescoço

Ne

Ap. Urinário

N/D

Asma

Bronquite

ECG

N/D

Alergia

N/D

Estado Mental

orientado

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura do max. inferior

Risco

Ataxia

N/D

Medicação Pré-Anestésica

N/D

Hora

6

Efeitos

N/D

Corticóides

Dexametasona

Hipotensores

Oximas

HORÁRIO

Agente Anestésico

Líquidos

CÓDIGO

V. P. Arterial

0 Pulso

0 Respiração

A - X Anestesia

0 Operação

SÍMBOLOS

E

ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

INDUÇÃO

Satisfatório _____ Excitação _____ Tosse _____

Laringoespasmos _____ Lenta _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

MANUTENÇÃO

1 = Monitoração

2 = Sonda nasal 17 + 20

3 = Fratura do max. inferior

4 = P.R.F. 110 bpm

5 = P.R.F. 110 bpm

6 = INT 1000 ml de soro +

Anestesia Satisfatória ☒ SIM ☐ NÃO

0, 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

Não por quê? ☒ SIM ☐ NÃO

7 = Colapso da sonda

8 = Despertar

9 = Reflexos na S. 0

Obstrução _____ Co2 _____ Excitação _____

Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____

Para o Leito Com Cabeça ☒ SIM ☐ NÃO

Condições _____

Perda Sanguínea Aproximada _____ ml

Volume Sanguíneo Reposto _____ ml

Duração Total da Operação _____ hs. _____ min.

Volume Total da Anestesia _____ hs. _____ min.

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

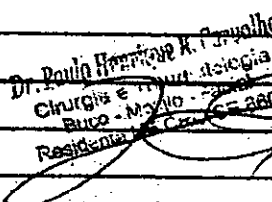
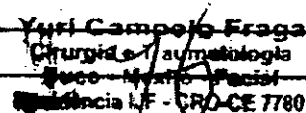
Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
24/04/2015		Paciente submetido a tratamento cirúrgico de Fratura do complexo Orbital-Maxilo-Zigomaxilar (D) Procedimento realizado sem sutura com fio PDS 5/0
		 Dr. Paulo Henrique R. Carvalho Cirurgião e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Residência em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
25/04/2015		Paciente em seu 1º DPO da fratura de complexo orbital-maxilo-zigomaxilar (D) Sem queixas algúas Sinais cirúrgicos sem sinais de infecção ou desconexão de sutura. Oclusão adequada. Distúrbio odontológico 1/3 médio da face
		 Yuri Campelo Fraga Cirurgião e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Residência em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
		Rx. FACE (REALIZADO) 25/04/15
26/04/15		PACIENTE NO 2º DPO DE RED + FIZ DE FICATÓRIA DE ZIGOMAXILAR (D). EDEMA LOCAL EM REGRESSÃO. NÃO APRESENTA QUEIXAS ALGÚAS.
		 Dr. Pedro Henrique da Hora Sales Cirurgião e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial / CRO 7477

RECEBEMOS

29 JAN 2018

Md.ª Geconilde F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 N.P.J. 21.487.730/0001-6

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____



MEDICINA E AMOR CRISTÃO-CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 50140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clinica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clinica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

Internamentos Clínicos & Cirúrgicos

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Eduardo de Oliveira da Silva

Paciente vítima de acidente

*motociclístico no dia 02/04/65, sendo
submetido a tratamento cirúrgico de
fratura do maxilar no dia 24/04/65.
No momento encontra-se de alta
definitiva.*

CID: S024

21/10/65

Dr. João Eudes Teixeira
Cirurgião - Dentista
CRO - 7598

RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
PJ-21.487.736/000

Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

111546/97

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Secretaria Municipal de Saúde

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome: Charles Oliveira da Silva

A Perícia Médica

O paciente acima é vítima de acidente automobilístico em 02/04/15 com trauma em face (mão estava usando capacete), com fratura dos ossos maxilares (fratura do complexo óbito-maxilar - zigomático D). A cirurgia foi realizada dia 24/04/15 com redução do fratura. O paciente acima está sem condições de trabalhar desde 02/04/15 por um período de 90 (noventa) dias a conta do dito acidente.

DATA:

11, 06, 15

Maranda Dias Goulart
CREMEC 13521
MÉDICA

RECEBEMOS

29 JAN 2015

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
01.487.736/0001-C

RECEBEMOS

29 JAN 2015

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
01.487.736/0001-C

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO



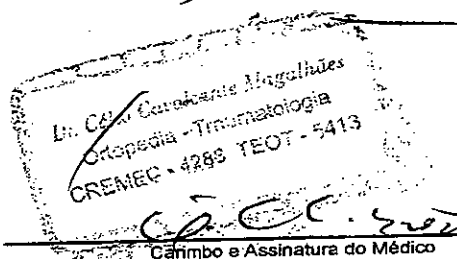
ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURU
Rua: Francisca Moreira s/n - Pentecoste - Ceará

RECEITUÁRIO

Aterto por Charley
Oliveira da Silva, 25 anos, foi
vítima de acidente de trânsito,
moto, em 02/04/2015, sofrendo
fratura múltipla na face. Foi
submetido a tratamento cirúr-
gico e atualmente encontra-se
em ALTA DEFINITIVA.
Salute sem DPVAT.

AX.

C 19/01/502



Data: 20/10/2017

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria Gecineide F. Nobre
Secretaria de Seguros Eireli

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 2ª MARCHA EMB. 08/03/2012
 PLANTAMENTO NACIONAL DE FORTALEZA
 PARTE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CDS. EMBOS 15
 20075689329 SSP CE

CPF: 059.289.633-19 DATA NASCIMENTO: 03/06/1992

PRACÇÃO: FRANCISCO MOACIR BEZERRA DA SILVA FRANCISCA CARLOTA DE OLIVEIRA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CALHA -A

05443304830 VALIDEZ: 01/03/2021 1ª HABILITAÇÃO: 08/03/2012

VÁLIDA EM TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1276784410

SIN OBSERVAÇÃO;

Documentos de Identificação

Charles Oliveira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 04/03/2016

Luiz Vitor - 24/11

100% VÁLIDOS PARA PORTA ASSINATURA DO EMISSOR

48182401446 CB152352449

PROIBIDO PLASTIFICAR 1276784410

RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria Geconide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-00

REPUBLICA DE PARAGUAY
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

INTERPRIMTY LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1403807781

PROIBIDO PLASTIFICAR

1403807781

NOME
MAFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
99097036560 SSP CE

CPF
985.659.743-91

DATA NASCIMENTO
17/12/1983

FILIAÇÃO
JOSE MILTON MARTINS
MARIA DO SOCORRO SILVA BANDEIRA

PERMISSAO ACC CATAB.
A

Nº REGISTRO
06423911675

VALIDADE
08/04/2019

1ª EMISSÃO
29/07/2015

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Documentos de Identificação

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
20/10/2016

17969069912
CE156060574

ASSINATURA DO EMISSOR

RECEBEMOS

29 JAN 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
NPJ: 21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE - Nº 011662774570
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 055235638
 ANO: 2013

CHASSI: 055235638
 MARCA/MODELO: HONDA/CGT 150 ELITAN MAX 150

COMBUSTÍVEL: GASOL/ALCOOL
 ANO: 2013

PREMIO ANUAL: 286,00

VALIDADEZ: 31/01/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
ALOMOTORES DE VIA TERRESTRE EQUIPADOS COM CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011662774570 - **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTES SÃO SEUS BILHETES DO SEGURO DPVAT
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

PREMIO ANUAL: 286,00

VALIDADEZ: 31/01/2014

SEGURADORA LIDER DPVAT

DUT



RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria Geacineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038255/18
Vítima: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 059.289.633-19

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/04/2015
Titular do CPF: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CHARLES OLIVEIRA DA SILVA : 059.289.633-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA : 985.659.743-91

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

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2018
Nome: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA
CPF/CNPJ: 985.659.743-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2018
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180059484 **Cidade:** Pentecoste **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/04/2015 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de face

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180059484

Cidade: Pentecoste

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

Data do acidente: 02/04/2015

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do arco zigomático à direita.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame das estruturas craniofaciais, periciado refere dor à mastigação e diminuição da sensibilidade da face à direita. Apresenta assimetria de face à direita com trismo (constricção mandibular). Redução de movimentos maxilares bem como redução da amplitude de abertura da cavidade oral, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões Fratura do arco zigomático à direita, bem como restrição moderada das estruturas craniofaciais, devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico e medicamentoso. Após tratamento, na fase de estadiamento das lesões, apresentou melhora discreta. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente nas estruturas craniofaciais. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Lesões de estruturas craniofaciais, em grau leve, com prejuízo funcional não compensável da função mastigatória.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Eusebio Teixeira Rocha

CRM do médico: 4774

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

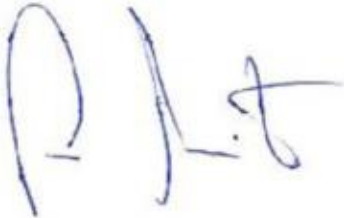
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

PROCURADOR



OUTORGANTE:

Nome: CHARLES OLIVEIRA DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Est.Civil: SOLTEIRO
 Profissão: RECUSO
 Identidade: 20075689329
 CPF: 059.289.633-19
 Endereço: Colônia Miller 6

OUTORGADO:

Nome: MAIRA HERBEN B M NASCIMENTO
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Est.Civil: CASADA
 Profissão: RECUSO
 Identidade: 99097036560
 CPF: 985659743-91
 Endereço: Jose Salu

RECEBEMOS

29 JAN 2013

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros
 CNP: 487.736/0001-06

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

CHARLES OLIVEIRA DA SILVA

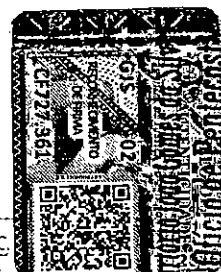
Pentecoste.

Local e data



x Charles Oliveira da Silva

Assinatura do Outorgado
 (reconhecer firma por autenticação)



Reconheço a (a) firma (s) de CHARLES OLIVEIRA DA SILVA
 Por: ARACILIA LIMA Dou. fé
 Pentecoste - CE 21/09/13
 Em testemunho de verdade
 Gelulio de Pessoa Coelho Filho
 Tabelião