

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481138 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 05/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: TIAGO FERNANDES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180481138

Vitima: TIAGO FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 05/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180481138**.

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 13474905



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

065.706.113-13

TIAGO FERNANDES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo TIAGO FERNANDES DA SILVA		CPF titular da conta 065.706.113-13	Profissão PM DO UERAP
Endereço RUA AUGUSTO FILHO		Número 1090	Complemento
Bairro VILA VELHA	Cidade PONTA GROSSA	Estado PR	CEP 60349-070
Email			Telefone (DDD) 85 98664513

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> BRADESCO 237	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 6645 1	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 0013385 7	

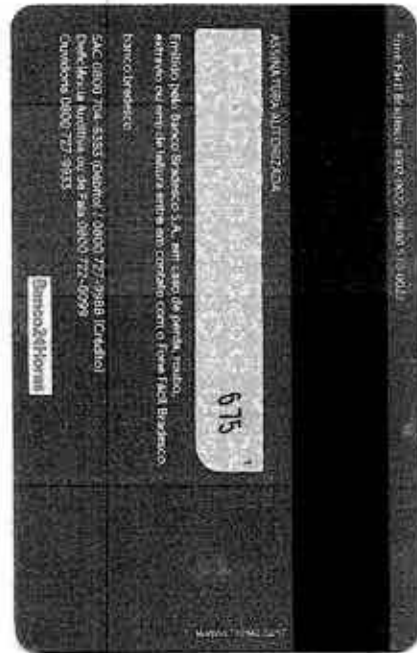
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

PONTA GROSSA, 14 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

COMPRESSE E PREENCHA
11 OUT 2018

TIAGO FERNANDES 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 DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018140872

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4364 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/10/2018 13:08:39**
Data / Hora da Ocorrência: **05/01/2018 13:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TULIPA**
Complemento:
Bairro: **JARDIM IRACEMA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TIAGO FERNANDES DA SILVA**
Nascimento: **14/12/1993** CPF: **065.706.113-13**
RG: **2005010264738** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ROSILENE FERNANDES DA SILVA**
ANTONIO PAULINO DA SILVA FILHO
Endereço: **RUA AUGUSTO FILHO, 1090**
Bairro: **JARDIM GUANABARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.345-836**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98664-5113**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIK9697** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1660CR561866 Renavam: **487832442** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **FILIFE REGIS DE SOUSA BENTO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OIK-9697-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA TULIPA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA VIATURA DO COTAM DA POLICIA MILITAR, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NA UPA DO PIRAMBU. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Tiago Fernandes da Silva



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018140872

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4364 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9





Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima TIAGO FERNANDES DA SILVA CPF da Vítima 065.706.113-13 Data do Acidente 05/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

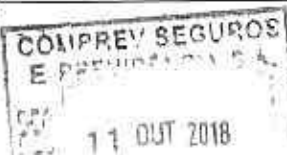
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Fortaleza, 11 de Outubro de 2018
Local e Data

Y Tiago Fernandes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PIRAMBU

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: TIAGO FERNANDES DA SILVA

Prontuário: 221120

Admissão: 05/01/2018

14:08

Data Nasc.: 14/12/1993 Idade: 24 ano(s) 0 mes(es) e 22 dia(s)

Sexo: Masculino RG:

Mãe: ROSILENE FERNANDES DA SILVA

Telefone: (85) 9866-4513

Endereço: RUA AUGUSTO FILHO, 1090

Bairro: VILA VELHA

CEP: 60

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: RUTH DE SANTIAGO FREITAS

Risco: LARANJA

Data: 05/01/2018 14:11

Queixa: dor em punho esq hj apos acidente de moto

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR INTENSA

Risco de Queda:

Não

Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não

Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.:

Glicemia:

Régua: 8

Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

UPA CRISTO REDENTOR
Confere com o original
Data: 05/1/2018

Funcionário
Matricula: 163

ATENDIMENTO

Médico: LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS

Nº Atendimento: 555202

Data: 05/01/2018 14:14

Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO

CRM: 17204

P.A.:

Acidente: Sim Agressão: Não

Peso:

Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO

PUNHO E DA MÃO

HDA/Exame Físico:

PACIENTE APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO APÓS QUEDA DE MOTO AS 14H. AO EXAME: DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO. NEGA ALERGIA. CD: ANALGESIA

PROTOCOLO SEPSE

EXAME

RAIO-X PUNHO E AP/P (0204040124)

Médico: LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS

Data: 05/01/2018 14:17

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Medicamento	CETOPROFENO 50MGML - 2ML(100MG) - AMP ADMINISTRAR 100 MG / INTRAMUSCULAR / DOSE ÚNICA	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
05/01/2018 15:06	LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS	RX COM EVIDENCIA DE FRATURA CD: ORIENTO AVALIAÇÃO DA TRAUMATOLOGIA +

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
		ATESTADO PARA TRABALHO

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



CÓPIA

Nº DO CLIENTE

2188490-0

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enel

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

534710174

Rota 16 01150 22 015400 - 3

Data de Emissão 24/07/2018

Nome ROSTLENE FERNANDES DA SILVA

End. Postal RU AUGUSTO FILHO 01090

JARDIM GUANABARA - FORTALEZA - 60345836

Medidor 9354188

Posto 1063 A760

Classe 01-RESIDENCIAL 06-BAIXA RENDA RESOLU7770 485 MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 510936773-68

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letura
Jul/2018	24/07/2018	24/08/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto: 100%
Mês: 100%
DICT: 0,00 F
SÍMBO 2,31

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

Padrão Individual

Apuração Individual

	Atual	Ant.	Anual	Atual	Ant.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	1,05	0,00	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	1,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			1,05		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0500.7088.1000.1670.153F.04EE.0667.9727

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 24531	24680	1,00	1	0,00	30	0,19449	1,93

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
24.07.18	23.06.18		91 DIAS		90		5,82

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	16,67
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-10,84
MULTA MORATORIA REF 04/2018	0,10
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,63
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301	5,00
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	27,71
DOACAO CIDADANIA E AMOR TEL 0800 226 6565 1/2	3,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA HLS (R\$ 0,56)	



VENCIMENTO	05/09/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	42,27
------------	------------	---------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 0,01	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Transmissão 0,32	
Distribuição 1,71	
Encargos especiais 0,45	
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 0,36	
TOTAL 5,46	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) 11,71 Compensado kg (CO₂) 0,00 Conscientização Ecológica (%CO₂)

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos que os débitos vencidos sem quitação, passam a ser cobrados, no valor de R\$ 65,56. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Venc 05/2018 Valor R\$ 65,56

FATURADO TÁXA MÍNIMA

Consta desta fatura R\$ 0,96 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78%

Estamos em Bandeira vermelha porque em Julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh quilowatt-hora. Informações: www.enel.gov.br



033-7

03399.53184 89020.400787 37410.301016 2 76910000017080

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
FUNDO DE INVESTIMENTO EM DIREITOS CREDITÓRIOS NÃO-PADRONIZADOS NPL I Rua Gomes de Carvalho, 1195 4º andar - Vila Olímpia - 04547004 - São Paulo - SP CNPJ: 09263012000183		3403-6/5318890	R\$		204007837410-3
Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor documento		
204007837410	09263012000183	28/10/2018	R\$ 170,80		
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	

Pagador
BILLY JACKSON COSTA ALVES CPF: 620.430.213-20
RG 301
Vila Velha - FORTALEZA/CE - CEP: 60349-070

Instruções

Não receber após vencimento

Sr. Caixa, é obrigatório o cadastramento correto dos dados, com todos os algarismos da linha digitável, caso a leitura não seja possível

Autenticação mecânica

Parcela Nro: 4/9 - Contratos: 0150728-0452-0404080-375; 0150731-0452-0404080-375

Boleto referente a parcela Nro: 4/9 com vencimento original em 28/10/2018.

Após o vencimento, será cobrada multa de 2% e juros de mora de 1% ao mês, cobrado de forma pro rata.

O boleto tem validade de 10 dias corridos para pagamento. Sr. Caixa, não receber após 10 dias do vencimento.

Dúvidas acesse: www.gruporecovery.com ou ligue para 0800 772 3331.Ao efetuar o pagamento deste boleto, você concorda com os termos das condições gerais, disponível em www.gruporecovery.com/condicoesgerais.

Em caso de não pagamento dos valores descritos, os descontos serão cancelados e será necessária uma nova negociação.

Advocacia Bellinati Perez - ouvidoria@bellinatiperez.com.br

Endereço: Rua Alfredo Bufen, 155

Curitiba/PR - CEP: 80020-240

Fone(s): (41) 3311-0291



Corte na linha pontilhada



033-7

03399.53184 89020.400787 37410.301016 2 76910000017080

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO. MANTENHA SEU ACORDO EM DIA. PARA RECEBER 2ª VIA DO BOLETO ACESSO: WWW.GRUPORECOVERY.COM					Vencimento	28/10/2018
Beneficiário FUNDO DE INVESTIMENTO EM DIREITOS CREDITÓRIOS NÃO-PADRONIZADOS NPL I Rua Gomes de Carvalho, 1195 4º andar - Vila Olímpia - 04547004 - São Paulo - SP CNPJ: 09263012000183					Agência / Código Beneficiário	3403-6/5318890
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Acerto	Data processamento	Nosso número	
26/06/2018	204007837410	RC	N	26/06/2018	204007837410-3	
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento	
	101	R\$			R\$ 170,80	
Instruções (leitor de responsabilidade do beneficiário) Não receber após vencimento Sr. Caixa, é obrigatório o cadastramento correto dos dados, com todos os algarismos da linha digitável, caso a leitura não seja possível					(-) Desconto / Abatimentos	
Parcela Nro: 4/9 - Contratos: 0150728-0452-0404080-375; 0150731-0452-0404080-375					(+) Outras deduções	
Boleto referente a parcela Nro: 4/9 com vencimento original em 28/10/2018. Após o vencimento, será cobrada multa de 2% e juros de mora de 1% ao mês, cobrado de forma pro rata. O boleto tem validade de 10 dias corridos para pagamento. Sr. Caixa, não receber após 10 dias do vencimento. Dúvidas acesse: www.gruporecovery.com ou ligue para 0800 772 3331. Ao efetuar o pagamento deste boleto, você concorda com os termos das condições gerais, disponível em www.gruporecovery.com/condicoesgerais . Em caso de não pagamento dos valores descritos, os descontos serão cancelados e será necessária uma nova negociação. Advocacia Bellinati Perez - ouvidoria@bellinatiperez.com.br Endereço: Rua Alfredo Bufen, 155 Curitiba/PR - CEP: 80020-240 Fone(s): (41) 3311-0291					(+) Mora / Multa	
Pagador BILLY JACKSON COSTA ALVES CPF: 620.430.213-20 RG 301 Vila Velha - FORTALEZA/CE - CEP: 60349-070					(+) Outros acréscimos	
Pagador / Assinatura					(=) Valor cobrado	
					Cód. barra	

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

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/BIBLIOTECAWEB/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 CCAF²**.

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 – CCAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu BILLY JACKSON COSTA ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 670430713 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário TRIGO FERNANDES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.706-113 / 13, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima TRIGO FERNANDES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.706-113 / 13, 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		Número	Complemento
<u>Rua A</u>		<u>301</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>VILA VELHA</u>	<u>Fortaleza</u>	<u>CEARA</u>	<u>60349-070</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(85) 986858197</u>

Fortaleza, 11 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Billy Jackson Costa Alves
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FILIPPE REGIS DE SOUSA BENTO,

RG nº 200.1010492860 data de expedição 01/10/2014

Órgão SSP/DS, portador do CPF nº 033.495.413-48, com

domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA JOAQUIM JOSÉ DA SILVA, nº 1048,

complemento — 2 —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima TIAGO FERNANDES DA SILVA, cujo o condutor era

TIAGO FERNANDES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA CG 150 TITAN EX

Ano: 2012

Placa: OIK 9697

Chassi: 9C2KC1660CR56J866

Data do Acidente: 05/01/2018

Local e Data: FORTALEZA - 10 OUTUBRO DE 2018

Filipe Regis de S. Bento

Assinatura do Declarante

Tiago Fernandes da Silva

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

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Manoel de Ubaldo, 4965 - CEP 60156-001 - Fortaleza - Ceará | (051) 3235-3301 - jaimeararipesignatufort.com

53661778740021 - Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de(s):
--- FILIPE REGIS DE SOUSA BENTO ---
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia, Dou fé.
Fortaleza, 10 de outubro de 2018, às 27:57. Em testemunho da verdade.
SONIA MARIA MAYOS MAGALHÃES ARAÚJO (Excrevante) Total: R\$ 6,92.
Válido somente com o selo de autenticidade FUNG: carine

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº CL 450862
KEZN



2018/01-16 inter
ISSEC

112

PERGATO
ELIPSON

AT 1356328

Sabre 05109118



uniclinic
o hospital da sua vida

Av: Aguanambi Nº332

Bairro: Fátima

CEP: 60055402

Tel: 3311-6000

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME				<input checked="" type="radio"/> Interno <input type="radio"/> Outras	
TIAGO FERNANDES DA SILVA					
CPF	RG	IDADE	E.CIVIL	SEXO	
06570611313	2005010264738	24	CASADO	M	
ENDEREÇO		FONE	BAIRRO	DATA DE NASC.	
AUGUSTO FILHO 1090		986645113	VILA VELHA	14/12/93	
CIDADE	CEP	UF	NATURALIDADE		
FORTALEZA	60345836		FORTALEZA		
PAI		MÃE			
ANTONIO PAULINO DA SILVA FILHO		ROSILENE FERNANDES DA SILVA			
MÉDICO RESPONSÁVEL		CRM	DATA INTERNAÇÃO		
DR. VICTOR MONTE TENÓRIO		11967	08101118		

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME	RG	CPF		
PROFISSÃO	PARENTESCO	FONE		
ENDEREÇO	BAIRRO	CIDADE	CEP	UF

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para
assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações
médicas existentes no Prontuário.

Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.

Fortaleza(Ce), 5 DE 09 DE 2018.



Tiago Fernandes da Silva
PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO CÍVIL ARARIPE
FORTALEZA CARTÓRIO DO QUINTO OFÍCIO DE NOTAS PROTESTO DE TÍTULOS
OFICIAL TITULAR: SAMUEL VILAR DE ALENCAR ARARIPE - CNPJ: 08.873.835/0001-61
Rua Major Pecundo, Nº 873 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3231.9974 / 3259.2902 / 3251.1506 - E-mail: contabli@cartorioararape.com.br

Cód.: 169633. Reconheço por SEMELHANÇA a(s) assinatura(s) de: (1) TIAGO
FERNANDES DA SILVA - Fortaleza, 06 de setembro de 2018. Total: R\$ 4,16. Dou
Em Teste a de Verdade. SELO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA

(1) Antonio Joazeiro D. Oliveira - (1) Márcia G. de Lima - (1) Mary Souza P. Falcão
FIRMA DO SOLENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PQA

Atendimento: 1.358.328
Nº Prontuário: 423.359
Dt. Internação: 08/01/2018 15:27

Nome: Tiago Fernandes da Silva
Endereço: Tiago Fernandes da Silva
Estado Civil:
Nome Pai: Antonino Paulino Dda Silva Filho
Nascimento: 14/12/1993
Endereço: Augusto Filho, 1090 Vila Velha
Cidade: Vila Velha
Naturalidade:

Conjuge:
Nome Mãe: Rosilene Fernandes da Silva
Idade: 24 Anos
Cidade: Fortaleza
Religão:

Id:
Sexo: Masculino
CPF: 06570611313
Identidade: 30873734
Telefone 1: (85) 987161923
Dt. Entrada: 08/01/2018
Dt. Alta: 13.01.18

Acomodação

Plano de Saúde

Enfermaria

Nome
ISSEC

GIH

Autorização

Unidade

506-2

Empresa

Cód.Usuário
00256572008

Responsáveis

Nome: Tiago Fernandes da Silva
Endereço: Augusto Filho - Vila Velha
RG: 30873734
CPF: 06570611313

Parentesco:
Telefone 2:
Telefone 3:
Telefone 4: não digitado

Nome

Endereço

RG

CPF

Parentesco

Telefone

Celular

Tel. Trabalho

AUDITADO
06/01/18
Kanna

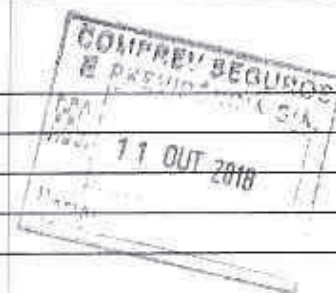
17/01/18
Amf

Queixa Principal

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:



Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(a) Tiago Fernandes da Silva, CPF nº 06570611313, aqui declarado, internado neste hospital, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos materiais e alimentação especializada, que venham a fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por meu plano de saúde, assim como tenho conhecimento que o Hospital Uniclínica não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, jóias, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicando em qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a permanência no mesmo.

Maria Aline
Responsável pelo Atendimento

Maria Aline

Tiago Fernandes da Silva
Paciente ou Responsável.

Atendimento: 1.356.177 
 Paciente: Tiago Fernandes da Silva
 Corad: Tiago Fernandes da Silva
 Plavério: ISSEC
 O: ISSEC
 CL: 002 72008 Cartão Saúde: 20208510
 Endereço: Augusto Filho, 1090 Vila Velha
 Município:

Prontuário: 423359
 Idade: 24 anos
 Fone: 987161923
 Val. Carteira: 08/04/2018
 Identidade: 30873734
 Bairro: Vila Velha
 Cidade: Fortaleza
 Sexo: Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Emergência-Pronto Socorro
 Médico: Renato Holanda da Costa
 Especialidade: Traumatologia
 Localização: Consultório

Médico/Cid: Joao Ricardo Andrade de Alencar
 Data: 08/01/2018 - Segunda-feira
 Hora: 10:47:26

Lesão Principal: TRAUMA NO BRACO ESQ

HDA

PROCEDIMENTO:

R. P. L. C. A. D. J.

AGNOSTICO

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS



UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

M



Nº DO ATENDIMENTO: 456 1974

†

1000

UNCLINIC
CONFIDENTIAL
ORIGINAL

COMPRESSE SEGURO
E PREVIDENTE
11 OUT 2018

MÉDICO (ASSINATURA / CARIMBO)

Legenda:	FC	Festa/Área de Criação	FR	Previsão da Resposta	FA	Massa Animal	SATZ	Saturação de Dissênio	T	Temperatura
----------	----	-----------------------	----	----------------------	----	--------------	------	-----------------------	---	-------------

FA: *Massu Arrivati*

TATU2 - Submetido de Dissertação

T-temperature

SATU2 - Submissão de Documento

T-temperature

SALA DE GESSO							
MATERIAL UTILIZADO				DIM	UNID	QTD	
Algodoão Ortopédico				10	Cm		Malha Tubular
Algodoão Ortopédico				15	Cm		Malha Tubular
Algodoão Ortopédico				20	Cm		Malha Tubular
Atadura de Crepom				6	Cm		Malha Tubular
Atadura de Crepom				10	Cm		Malha Tubular
Atadura de Crepom				15	Cm		Malha Tubular
Atadura de Crepom				20	Cm		Malha Sintética
Atadura de Crepom				30	Cm		Salto
Atadura Gessada				10	Cm		Talafix
Atadura Gessada				15	Cm		Tala de Alumínio
Atadura Gessada				20	Cm		Espadrapiro
Algodoão Sintético					Cm		Gesso Sintético
Procedimento:							
AUX. TRAUMA							

GASTOS AMBULATORIO					
SOLUÇÕES	UNID	QTD	AEROSOL	UNID	QTD
Água destilada 20ml	Fr		SF 0,9% 10ml	amp	
Água destilada 500ml	MI		Atrovent	gts	
SF 0,9% 100ml	MI		Aerolin 2,5mg	amp	
SF 0,9% 250ml	MI		Berotec	gts	
SF 0,9% 500ml	MI		Clenil A	amp	
SG 5% 100ml	MI		MEDICAÇÕES		
SG 5% 250ml	MI		Antak 50mg	amp	
SG 5% 500ml	MI		Aminofilina 240mg	amp	
S.G.F 1:1 500ml	MI		Buscopan Composto	amp	
S.R.I 500ml	MI		Buscopan Simples 20mg	amp	
Frutose 5% 500ml	MI		Coltrax	amp	
MEDICAÇÃO ORAL			Complexo B	amp	
AAS 100mg	Cp		Carvão Ativado	gts	
Adalat Retar: 1 20mg Cp Vo	Cp		Diazepam 10mg	amp	
Atensina 0,100mg	Cp		Dexametasona	amp	
Anlodipino 5mg	Cp		Diprosone	amp	
Captopril 25mg	Cp		Dramin 85 Dk	amp	
Captopril 50mg	Cp		Diprona 10mg	amp	
Dipirona	gts		Dimorf 10mg	amp	
Diazepam 10mg	Cp		Dimorf 0,2mg	amp	
Paracetamol 500mg	Cp		Fenergan 100mg	amp	
Paracetamol	gts		Furosemida 20mg	amp	
Propanolol 40mg	Cp		Glicose 25%	amp	
Lufal	gts		Glicose 50%	amp	
Isordil 5mg	Cp		Hidrocloridona 100mg	amp	
Isordil 10mg	Cp		Hidrocloridona 500mg	amp	
Sustrate 10mg	Cp				

Hidral 5mg		Unid		Seringa 3ml	Unid	
Hidantal 250mg		Fr		Seringa 5ml	Unid	
		Fr		Seringa 10ml	Unid	
		amp		Seringa 20ml	Unid	
		amp		Sonda Nasogástrica nº	Unid	
		Fr		Sonda Foley nº	Unid	
		amp		MATERIAIS		QTD
		amp		Atadura de crepom	Unid	
		amp		Band-aid	Unid	
		Fr		Compressas	Unid	
		amp		Dreno dedo de luva	Unid	
		amp		Dreno de penrose	Unid	
		amp		Espadrapo	Cm	
		amp		Fio catgut crom/simp	Unid	
		amp		Fio mononylon nº	Unid	
		Gr		Fio vicryl nº	Unid	
		Unid	QTD	Gaze 7,5x7,5 Pacote c/ 10	Pct	
		Unid		Gaze alcochoada	Unid	
		Unid		Lâmina de bisturi nº	Unid	
		Unid		Microporo	Cm	
		Gr		Máscara descartável	Unid	
		Unid		Prestobarba	Unid	
		Unid		Pomada(truxol, Kolagenase e Sulfadiazina de prata)	Gr	
		Unid		Propofol 10ml	Fr	
		Unid		Propofol 20ml	Fr	
		Cm		Rifocina spray	ml	
		Unid		Xilocalina com vaso	Fr	
		Unid		Xilocalina sem vaso	Fr	
		Pct		SOLUÇÕES ANTISSEPTICAS		QTD
		Unid		Alcool	Unid	
		Par		Agua oxigenada		
		Par		Clorexidina Alcoólica		
		Cm		Clorexidina degermante		
		Unid		Eter		
		Unid				

PROCEDIMENTO:

X. Tiago Fernandes Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

ENFERMAGEM - COREN



Uniclinic
O hospital da sua vida

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 08/10/18

Nome do Paciente:

Thiago F. da Silva

Enf. Apto.:

Leito.:

Médico.:

Credenciamento.:

Internamento:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

MATERIAL UTILIZADO

Pré-hospitalar
Tubo hepático
Dreno torácico
1 vaso ml 6-10
Sinais vitais

at. 15:30

17/08/18

Ser. 20 cc

Ser. 10 cc

Ser. 5 cc

Ser. 3 cc

Agulha 40/12

Agulha 13/4,5

Equipo

Equipo c/ lat.

Soro Fisio. 100ml

Soro Glico. 100ml

Abd. 500ml p/02

S. Aspiração

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

1) - Dreno 1g ml em 17/08/18

2) - 1 unidade de insulina

3) - Dreno 136, 01 unidade de insulina

4) 500ml p/02

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

15/08/18

08/10/18

Ser. 20 cc

Ser. 10 cc

Ser. 5 cc

Ser. 3 cc

Agulha 40/12

Agulha 13/4,5

Equipo

Equipo c/ lat.

Soro Fisio. 100ml

Soro Glico. 100ml

Abd. 500ml p/02

S. Aspiração

BOMBA DE INFUSÃO

OXIGÊNIO

MED.

LIG.

DES.

LIG.

DES.

Glicemia

Hora

Valor

Insulina



Observações de Enfermagem

Data: ____/____/____

Material Utilizado

Punção Venosa

Gelco N.º

Scalp N.º

Alcool

Algodão

Esparradrapo

Curativo

Gase Simples

Gase Acolchoada

Atadura



Uniclinic
CONSPICUO
ORIGINAL



NOME: Luís Fernando da Silva

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 08/04/18 POSTO: OS LEITO: 506-D

CONVÊNIO:

TURNO: <u>MT</u>	
AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ² : %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

Observações:

As 15.50 hs pet admitido nesta unidade de pré-natal, da emergência para a sala de internamento em I HAS acompanhado com jejum 22. extensor do com efeito. Silvana de Assis Andrade
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 001135470

As 16 hs realizado ECG com êxito!

Assinatura e COREN: Silvana de Assis Andrade
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 001135470

TURNO:	
AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ² : %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

Observações:

CONFIRMAR SEQUELA
11 OUT 2008

CONFIRMAR ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Materiais	Total
Água para injeção 10ml	03
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	07
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipamento para bomba de infusão	
Equipamento para bomba de infusão fotoinsensível	
Equipamento simples	04
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes absorção	
Gazes simples	
Inulol	
IV 3000	
Linha estéril	
Linha procedimento	
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Torneira Tree Way	
Cone-tus	

CURATIVO CVC CONVENCIONAL	
GAZES SIMPLES: 20	
MICROPORE: 20CM	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
CLOREXIDINA ALCOOLICA: 15ml	
MÁSCARA: 01	
SF 0,9% 10ml: 01	

CURATIVO CI ATADURA	
ÁGUA: _____ cm	
MICROPORE: 20cm	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
CLOREXIDINA: _____ 15ml	
MÁSCARA: 01	
SF 0,9% 10ml: 02	

CURATIVO TOT	
GAZES SIMPLES: 30+20	
SF 0,9% 10ml: 01+01	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 03+01	
MÁSCARA: 01	

CURATIVO GTT	
GAZES SIMPLES: 20	
SF 0,9% 10ml: 01	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
MÁSCARA: 01	

PASSAGEM DE SNG	
SONDA SNG Nº _____ 01	
LINHA ESTÉRIL: 01	
XILOCAÍNA GEL: 05gr	
GAZES SIMPLES: 10	
SERINGA 20CC: 01	
ETÉR: 10ml	
ESPARADRAPO: 10cm	
MÁSCARA: 01	

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA: _____ 15ml	

SV ALVIO	
GORRO: 01	
MÁSCARA: 01	
LINHA ESTÉRIL: 01 PAR	
SONDA URETRAL Nº _____ 01	
CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	
GAZES: 10	
XILOCAÍNA GEL: 05gr	

RETIRAR SNG	
MÁSCARA: 01	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
SERINGA DE 20CC: 01	

GASTO DO ÓRITO	
LENÇÓIS: 02	
ALGODÃO: 05gr	
ESPARADRAPO: 20cm	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	

PASSAGEM DE SVD	
MÁSCARA: 01	
LINHA ESTÉRIL: 01	
SONDA FOLLEY Nº _____ 01	
COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01	
GAZES SIMPLES: 20	
CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml	
SERINGA 20CC: 01	
AGULHA 40X12: 01	
XILOCAÍNA GEL: 05gr	
ABD 10ml: 02	

RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
ALGODÃO: 15gr	

PUNÇÃO PERIFÉRICA	
JELCO Nº _____ 01	
EXTENSOR 60cm: 01	
SERINGA 20CC: 01	
ABD 10ml: 02	
ESPARADRAPO: 15cm	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
ALGODÃO: 15gr	
ALCOOL: 15ml	

RETIRAR SVD	
MÁSCARA: 01	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
SERINGA DE 20CC: 01	

CURATIVO F.O	
SF 0,9% 10ml: 02	
MICROPORE 30cm	
GAZES SIMPLES: 10 UND	
MÁSCARA: 01	
GORRO: 01	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01	
CLOREXIDINA: _____ 15ml	

CURATIVO TOT	
GAZES SIMPLES: 30+20	
SF 0,9% 10ml: 01+01	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 03+01	
MÁSCARA: 01	

CURATIVO GTT	
GAZES SIMPLES: 20	
SF 0,9% 10ml: 01	
LINHA DE PROCEDIMENTO: 01	
MÁSCARA: 01	

PASSAGEM DE SNG	
SONDA SNG Nº _____ 01	
LINHA ESTÉRIL: 01	

Paciente: **Tiago Fernandes da Silva**
 Data Nascimento: **14/12/1993** 24 Anos
 Sexo: **Masculino**
 Telefone: **987161923**
 Leito: **506-2**

Atendimento: **1.356.328**
 Prontuário: **423.359**
 Dt. Entrada: **08/01/2018 15:27:48**
 Convênio: **ISSEC ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

Data Internação: 08/01/2018 15:27:48 **Entrada na Unidade:** 15:50

ADMISSÃO UNIDADE POSTO 5

- Nível de consciência/orientação (): Consciente e orientado;
- Locomoção (): Deambula
- Padrão respiratório (): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA (): Normotenso e normocardico;
- Dieta (): VO;
- Incisão cirúrgica(): PUNHO E
- Venóclise e disposição de infusão (): AVP
- Lesões (): PELE INTEGRAL PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais (); Espontâneas;
- Queixas (); não refere
- Perfusão (); Boa.



As 15:50 Paciente admitido no posto 5 proveniente da emergência
 HD: pre-op punho E
 Mantendo MSE imobilizado
 Nega HAS, DM e alérgias medicamentosas.
 realizado ECG.
 Segue aos cuidados da equipe

Ana Carolina M. Gadelha
 Enfermeira
 CREN 513702

UNICLINIC
 CONFERENÇA DE
 ORIGINAL

Ana Carolina Machado Gadelha /



1706516

506-2

Paciente: **Tiago Fernandes da Silva**

Data Nascimento	14/12/1993	24a 25d
-----------------	------------	---------

Data Entrada 08/01/2018 15:27:48

Médico Resp
Dr. Joao Ricardo An

Médico Resp Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento	1.356.328
-------------	-----------

Convênio ISSEC / ENFERMARIA

Data Prescrip 09/01/2018 12:00:00

Prontuário	423.359
------------	---------

423.359

Dietas

Dose

Direção
Geral (ou Livre que aceitar)

Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg Fa-Ev

Acetophenone-oxime-FA-EV

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Dipirona 500mg/ml Amp 2mlEV/ Im

SEPARAR 1 AMP EM 18 AD

3 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF

4. Drainin B6 Di Amp 10ml EV.

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SE

Recomendações

ELCO SALINIZADO

$$\overline{SW} + \overline{CGG}$$

Duf
Zem

Dr. João Ricardo Andruzzi
Ortopedia e Traumatologia
CRM 52.44
CPF: 423.866.406-63

COPIREX SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S.A.
11 OUT 2008

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Tiago Fernando da Silva

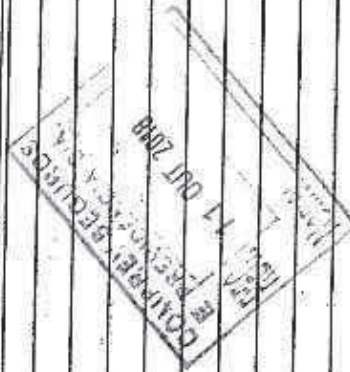
DATA: 09/01/13 POSTO: 5 LEITO: 506.2

CONVÊNIO: 1500

TURNO: VF

AC. VENOSO:	
CVP (<input checked="" type="checkbox"/>) Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
(<input type="checkbox"/>) Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
(<input type="checkbox"/>) MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ² : %	
DIETA:	
(<input type="checkbox"/>) VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
(<input type="checkbox"/>) Zero Para:	

Observações:

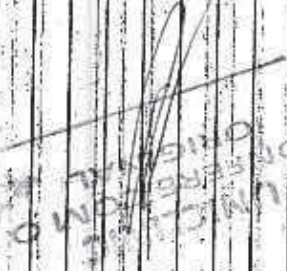


Assinatura e COREN:

TURNO: SA

AC. VENOSO:	
CVP (<input checked="" type="checkbox"/>) Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
(<input type="checkbox"/>) MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ² : %	
DIETA:	
(<input type="checkbox"/>) VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Zero Para:	

Observações:



Assinatura e COREN:



Convênio: 1522

Date: 9, 01 1P

[illegible]

Paciente: **Tiago Fernandes da Silva**
 Data Nascimento: **14/12/1993** 24 Anos
 Sexo: **Masculino**
 Telefone: **987161923**
 Leito: **506-2**

Atendimento: **1.356.328**
 Prontuário: **423.359**
 Dt. Entrada: **08/01/2018 15:27:48**
 Convênio: **ISSEC ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
09/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

EVOLUÇÃO MT 09/01/2018
HD: PRÉ OP DE PUNHO E

- Nível de consciência/orientação (): Consciente e orientado;
- Locomoção (): Deambula
- Padrão respiratório (): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA (): Normotenso e normocardico;
- Dieta (): VO;
- Incisão cirúrgica():PUNHO E
- Venoclise e disposição de infusão (): AVP
- Lesões (): PELE INTEGRAL PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais (); Espontâneas;
- Queixas (); nao refere
- Perfusão (); Boa.

Pcte em pré op de fratura de punho E
 Dieta V.O zero para procedimento
 Mantendo MSE imobilizado
 Nega HAS, DM e alérgias medicamentosas.
 Segue aos cuidados da equipe



UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Ana Carolina M. Gadelha
 Enfermeira
 COREN 513702

Ana Carolina Machado Gadelha /



ao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1707200

506-2

Paciente: Tiago Fernandes da Silva

Data Nascimento: 14/12/1993 24a 27d

Data Entrada: 08/01/2018 15:27:48

Médico Resp. Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.356.328

Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Prescr.: 10/01/2018 12:00:00

Prontuário: 423.359

Dietas	Intervalo	Dose	Observação	Descrição Técnica
Zero				

Medicamentos	Dose	Intervalo	Via	Horários	D	P	E
--------------	------	-----------	-----	----------	---	---	---

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev	1 FA	12/12 h	IV			3°	S
---------------------------	------	---------	----	--	--	----	---

2 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev Im	1 amp	6/6 h	IV			3°	S
-----------------------------------	-------	-------	----	--	--	----	---

3 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev	1 amp	8/8 h	IV			3°	S
-----------------------------	-------	-------	----	--	--	----	---

4 Dramin B6 Di Amp 10ml Ev	1 amp	8/8 h	IV			2°	S
----------------------------	-------	-------	----	--	--	----	---

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Dr. Victor Monte Tenório
Cirurgião de Quadris e Joelho
CRM CE 11967 TEOT 13504

Dr. Victor Monte Tenório
Cirurgião de Quadris e Joelho
CRM CE 11967 TEOT 13504



O hospital da sua vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 10/01/18 POSTO: 05 LEITO: 506-2

POSTO: 05

DATA: 10, 01, 18

NOME: Diego Fernandes do Silva

CONVÊNIO: 1550c

TURNO: N
 AC. VENOSO: CVC () Local () Dissecção
 RESPIRAÇÃO: CVP (X) Local () Cat. Nasal () Venturi _____ %
 (X) Ar ambiente () MNBZ () Másc. Reservatória 100% SpO₂ _____ %
 DIETA: (X) VO () SNE () SNG () GTT () NPT
 () Zero Para: _____

Observações:

COPYRECEBUE
E PRECATORIO
07.11 OUT 2018

TURNO: 5 / N

 AC. VENOSO:
 CVP () Local CVC () Local () Dissecção

 RESPIRAÇÃO:
 () Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %
 () MNEZ () Másc. Reservatória 100% SpO₂: _____ %

 DIETA:
 () VO () SNE () SNG () GTT () NPT
 () Zero Para: _____

[illegible]

Assinatura e COREN: Glaucineide Marinho
COREN: 021369 - TE

Assinatura e COREN:
Gláucineide Marinho
COREN-02727369 - TE



Name: Diego Fernandez

Convênio: 455 de

Date: 01/01/18

[illegible]

Paciente: **Tiago Fernandes da Silva**
 Data Nasc: **14/12/1993** 24 Anos
 Sexo: **Masculino**
 Telefone: **987161923**
 Leito: **506-2**

Atendimento: **1.356.328**
 Prontuário: **423.359**
 Dt. Entrada: **08/01/2018 15:27:48**
 Convênio: **ISSEC ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

EVOLUÇÃO MT 10/01/2018
HD: PRÉ OP DE PUNHO E

- Nível de consciência/orientação (): Consciente e orientado;
- Locomoção (): Deambula
- Padrão respiratório (): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA (): Normotenso e normocardico;
- Dieta (): VO;
- Incisão cirúrgica(): PUNHO E
- Venóclise e disposição de infusão (): AVP
- Lesões (): PELE INTEGRAL PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais (): Espontâneas;
- Feridas (): não refere
- Perfusão (): Boa.



Pcte em pré op de fratura de punho E
 Dieta V.O
 Mantendo MSE imobilizado
 Nega HAS, DM e alérgias medicamentosas.
 Segue aos cuidados da equipe

DIETA V.O ZERO AS 22 H PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO

UNICLINIC
 CONFERE COMO
 ORIGINAL

Ana Carolina M. Gadelha
 Enfermeira
 COREN 343702

Ana Carolina Machado Gadelha /



O hospital da sua vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 11/02/11

POSTO: _____

LEITO: 50502

NOME: Flávio Fernandes da Silva

CONVÊNIO: 12242

TURNNO: PM

215

AC. VENOSO:

AC VENOSO:

CVP (∞) Local

CVP () Local

CVP () Local CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

RESPIRAÇÃO:

	() Ar ambiente	() Cat. Nasal	() Venturi	%
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				

	() Ar ambiente	() Cat. Nasal	() Venturi	%
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				

	Másc. Reservatória	100%	Sp ²⁺	%
() MNBZ				

()	Zur Unterstützung	()	Besuch	()	70
()	MNBZ	()	Möge Deutschland 100% S-2-		%

[illegible]

() minuz () mass: Reservatoria 100% spo: _____ %

DIETARY

THE 100

() VO () SNE () SNG () GHT () NPT

() VO () SNE () SNG () GTT

() Zero Para:

() Zero Para:

Observações: No 08/45 no centro

Observações:[illegible]

23hs por separado por cada exato
influa aprofundar conhecimento regular
cabre avaria do experimento

0508050PACT 00 5P0

em 13:05 Parte encaminhada ao Jtcs
com Realiza o procedimento Cirurgico na
microtenografia com o Cuidados da anestesia

As 1310 Jacynth a-burnen o letis COREN 790090
 Agosto 5 Placa can -

Die Automotivstraße verbindet das idyllische Zentrum
mit dem am 20. Januar 1911 fertiggestellten Bahnhof

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:



Nome: _____

to Financial

Convênio:

Data: 11, 04 NY[illegible]

Paciente: **Tiago Fernandes da Silva**
 Data Nascto: **14/12/1993** 24 Anos
 Sexo: **Masculino**
 Telefone: **987161923**
 Cel: **506-2**

Atendimento: **1.356.328**
 Prontuário: **423.359**
 Dt. Entrada: **08/01/2018 15:27:48**
 Convênio: **ISSEC ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof.
11/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

EVOLUÇÃO MT 11/01/2018
HD: PRÉ OP DE PUNHO E

- Nível de consciência/orientação (): Consciente e orientado;
- Locomoção (): Deambula
- Padrão respiratório (): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA (): Normotenso e normocardico;
- Dieta (): VO;
- Incisão cirúrgica():PUNHO E
- Venóclise e disposição de infusão (): AVP
- Lesões (): PELE INTEGRAL PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais (): Espontâneas;
- Membros (): nao refere
- Perfusão (): Boa.



Pcte em pré op de fratura de punho E
 Dieta V.O Zero
 Mantendo MSE imobilizado
 Nega HAS, DM e alérgias medicamentosas.
 Segue aos cuidados da equipe
 As 08:45 pcte encaminhado ao c.c

tarde :
 P.O.I de fratura de punho E
 as 13:10 retornou do c.c , mantendo imobilização em msd.
 segue aos cuidados .

Carolina M. Gadelha
 Enfermeira
 CRP 513702

 Ana Carolina Machado Gadelha /

CONFERE COMO
 ORIGINAL

1356328

NOME: João Fernandes da Silva
CLÍNICA: Cardiologia CATEGORIA: Cardiologia LEITO: 508-2 PRONTUÁRIO: 423.559
DATA: 11/10/2018 CIRURGIÃO: Dr. Victor Moura
1º AUXILIAR: Dr. João 2º AUXILIAR: Dr. João 3º AUXILIAR: Dr. João
INSTRUMENTADOR: Murilo e Jéssica CIRCULANTE: Dr. João
ANESTESISTA: Dr. Carlos TIPO DE ANESTESIA: Alveolar
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fístula de fístula

TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Fístula

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 10
INÍCIO DA CIRURGIA: 10:15 TÉRMINO: 11:30
INÍCIO DO OXIGÊNIO: 10:15 TÉRMINO: 11:30

DURAÇÃO: 1h e 15'
DURAÇÃO:

CONF. SEGUR. E PREVIDÊNCIA
AUDITADO
11 OUT 2018
Eliete

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Ponto de acesso
- 2) Preparação do campo
- 3) Abertura de cavidade
- 4) Acesso lateral
- 5) Ligadura de vasos e fístula
- 6) Sutura de fístula
- 7) Sutura de fístula
- 8) Sutura de fístula
- 9) Sutura de fístula
- 10) Sutura de fístula
- 11) Sutura de fístula
- 12) Sutura de fístula
- 13) Sutura de fístula

UNICLINIC
CONF. COM O ORIGINAL

Dr. João Augusto Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 27.838.400-2

Dr. Victor Moura
Cirurgia Geral e Jato
CRM: 11997 TEOT 1304

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

COMPANHIA SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
11 OUT 2018

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: tiago fernandes de silva
 AP/ENF: LEITO: sob 2 CONVÊNIO: ISAT
 CIRURGIÃO: Dr. João Ricardo DATA: 11/10/18
 IDADE: 140x70 PESO: 78 ALTURA: 1.78 SEXO: M PULSO: 78 RESPIRAÇÃO: 18
 PA: 140x70 TIPO SANGÜINEO: AB HEMACIAS: 4.5 HEMOGLOBINA: 15
 HEMATÓCRITO: 45 GLICEMIA: 100 ASMA: N SONQUITE: N
 AP. RESPIRATÓRIO: N AP. CIRCULATÓRIO: N ECG: Normal
 AP. URINÁRIO: N URINA: N
 AP. DIGESTIVO: leptu + 8h DENTES: N PESCOÇO: N
 ALERGIAS: N
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura pul. 11to
 ANESTESIAS ANTERIORES: N
 MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: N
 PAM: 10-45
 HORÁRIO: 10:45 → 11:30 (1h15)

Agente Anestésico:	
Líquidos: soros, hemoderivados e etc.	
PULSO	220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20
TEMP.	
PVC	
PA	
ANEST.	
OP.	

INDUÇÃO
 Satisfatória: X Excitação: N
 Tosse: N Lenta: N
 Náuseas: N Vômitos: N

MANUTENÇÃO
 1. Bloqueio Axilar
 2. 10ml de Volume
 3. 20ml de 0.5% Xilocaína
 4. 15ml de 0.5% Xilocaína
 5. 15ml de 0.5% Xilocaína
 6. MP2 5mg
 7. Lep. 2.5mg
 8. Atok 50mg
 9. Bext 40mg
 10. Diprison 3g
 11. Fentanyl 50mg
 12. Celadon 10mg
 13. Encaminho
 14. 5h

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES
 POSIÇÃO: 1. Posal
 AGENTE: Dr. Carlos Bruno
 TÉCNICA: Bloqueio Plexo Axilar
 CIRURGIA: Fratura pul. 11to E
 CIRURGIÕES: Dr. João Ricardo + Dr. Vitor
 ANESTESISTA(S): Dr. Carlos Bruno
 INTERCORRÊNCIAS: N

Anestesia Satisfatória: Sim (X) Não ()
 Paciente para o leito com cânula: Sim () Não ()
 Perda Sanguínea Aprox.: 0 ml
 Obstrução: N Co2
 Náuseas: N
 Vômitos: N
 Outros: N

Assinatura do Anestesiologista/CRM

Carlos Bruno
Médico
CRM - 12345

BOLETIM DE GASTOS COM ANESTESIA

ITENS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA ANESTESIA

SOLUÇÕES	UNID	QTDE	MEDICAMENTOS	UNID	QTDE
Soro Fisiológico 0,9% 100ml	unid		Adelal Relard 10mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	unid		Adrenalina 1mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	unid		Água Bidestilada 20ml	amp	02
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	unid		Atropina 0,25mg - 1ml	amp	
Soro Glicofisiológico 0,5% 500ml	unid		Bextra 40mb	amp	01
Soro Glicosilado 5% 500ml	unid		Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4%	amp	
Frutose 5% 500ml	unid		Clonidin 150mcg	amp	
Ringer Lactato 500ml	unid	01	Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml	amp	01
SANGUE/HEMODERIVADOS	UNID	QTDE	Diazepam 10mg	amp	
Albumina	unid		Dimorf 10ml	amp	
Orlo	unid		Dimorf 2ml	amp	
Hemácias	unid		Dimorf SP 0,2mg	amp	
Plaquetas	unid		Dipirona	amp	02
Plasma	unid		Diprosan	amp	
MATERIAIS	UNID	QTDE	Dolanfina 100mg	amp	
Abocath n°	unid		Dopamina 500mg	amp	
Agulha desc. Para raquí n°	unid		Dormonid 5mg	amp	01
Agulha desc. Peridural n°	unid		Efortil 10mg	amp	
Cal Sodada	gr		Elomidato 20mg	amp	
Cateter para O ₂ Tipo Oculor	unid		Fentanil 10ml - 0,50mg	amp	
Eletrodos	unid	06	Fentanil 2ml	amp	01
Ecupo para BIC	unid		Fentanil 5ml	amp	
Equipo para soro com Injetor Lateral	unid		Glicose 25%	amp	
Extensor de 20cm	unid		Glicose 50%	amp	
Extensor de 40cm	unid		Haiolano	amp	
Extensor de 60cm	unid		Heparina 25.000ul	amp	
Extensor de 120cm	unid		Ipsilon 1gr	amp	
Perfusor de 120cm	unid		Kefazol 1gr	amp	02
Sonda de Aspiração Traqueal n°	unid		Keflin 1gr	amp	
Sonda Endotraqueal	unid		Ketamin 50mg	amp	
Tornelre Three-Way	unid	01	Lasix 10mg	amp	
OBRIGATORIO JUSTIFICAR	UNID	QTDE	Lidocaina 2% c/ vaso - 20ml	amp	01
Agulha stimuplex	unid		Lidocaina 2% s/ vaso - 20ml	amp	
Ciprofloxacino 200mg - 200ml	unid		Narcan 0,4mg	amp	
Ciprofloxacino 400mg - 200ml	unid		Neocaina 0,5% c/ Epinefrina - 20ml	amp	02
Flagyl 500mg - 100ml	unid		Neocaina 0,5% s/ Vasocons - 20ml	amp	
Ipsilon 4gr	amp		Neocaina Isobárica 0,5%	amp	
Kit PAM (transdutor de pressão)	unid		Neocaina Pesada 0,5%	amp	
Lanexat 0,5mg	amp		Omeprazol 40mg	amp	
Naropin 10mg/ml	amp		Plamet 5mg/ml	amp	
Naropin 7,5mg/ml	amp		Plasil 5mg	amp	
Nausedron 4mg - 2ml	amp		Profenid 100mg EV	amp	
Nimbium 10mg	amp		Prostigmina 0,5mg	amp	
Pantozol 40mg	amp		Quelom 100mg	amp	
Propofol 1% - 20ml	amp		Ranitidina	amp	01
Rocefin 1gr	amp		Rapifen 25mg	amp	
Sensor Bie	unid		Rocuron 50mg - 5ml	amp	
Sevorane	ml		Solu-cotef 100mg	amp	
Sonda Endotraqueal Aramada n°	unid		Solu-cotef 500mg	amp	
Sonda Nasogástrica	unid		Sufenta 1ml	amp	
Tubo Carlens	unid		Sufenta 2ml	amp	
Tubo Polar	unid		Superan 50mg - 2ml	amp	
Vancomicina 500mg	amp		Tramal 100mg	amp	
Montol 20% - 250ml	unid		Tramal 50mg	amp	
Aramin 10mg/ml - 1ml	amp		Transamin 50mg	amp	
Fosfato de Clindamicina 150mg/ml - 4ml	amp		Vitamina K	amp	
Dopamina 5mg/ml - 10ml	amp		Sulfato de Magnésio 50% - 10ml	amp	
NÃO OBRIGATORIO JUSTIFICAR	UNID	QTDE	Noradrenalina 2mg/ml - 4ml	amp	
Ultiva 2mg	amp		Lidocaina Isobarica 2% - 5ml	amp	
Buscopan Composto 4mg/ml - 5ml	amp		APARELHOS	UNID	QTDE
Dramin B6 3mg/ml - 10ml	amp		Bomba de Infusão	hora	
Buscopan Simples 20mg/ml - 1ml	amp		Bomba de Seringa	hora	
JUSTIFICATIVA MÉDICA:			Capnógrafo	hora	
<i>Cardio Brato Faria</i>			Cardioscópio (ECG)	hora	1615
<i>Medico</i>			Monitor (PNI)	hora	
<i>CRM/EC - 12022</i>			Oxímetro	hora	1615
ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM			GASES	UNID	QTDE
			Ar Comprimido	hora	
			Óxido Nítrico	hora	
			Oxigênio	hora	

Nome do Paciente: <u>Julio de Moraes da Silva</u>			At:					
Data: <u>11/10/15</u>			Leito: <u>501-2</u>					
Convênio: <u>Amil</u>			Início: <u>10:15</u> Término: <u>11:30</u>					
Frat. Cirurgião: <u>Dr. Rafael da Silva</u>								
Ponto + reparo a ser feito: <u>na</u>								
MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abbocath N°	unid		Latex	unid		Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid		Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Agulha 13x4,5	unid	01	Luva 6,5	unid		Catgut Simples N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	03	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	03	Caprofil	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid		Caprofil	unid	
Agulha 40x12	unid	02	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr		Máscara	unid	01	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Maiha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm		Mononylon 3.0	unid	
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid	01
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	parés	07	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid	01	Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm	01	Ralo X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm		Seringa 01 cc	unid		Vicryl Rapid	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid	01	Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid	02	Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid	01	Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda de Foley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Asp. Traq N° 1	unid	01	Vicryl Plus	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karaia	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid		Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	01
Campo Impermeável Descar	unid	02	Talafix tipo: luva	unid	02	Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid	01	Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóia Descartável	unid	01	Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	10	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	500	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml	500				Nitrogênio	Dur	40'
Clorexidina Aquosa	ml		Aspirador			Agulha de Veres	unid	
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico		514			
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico		514			
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem					
Dreno de Torax N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipo	unid		Tx. Ureterotripsor					
Esparadrapo	cm	40						
Éter	ml		OUTROS					
Extensor de 20cm	unid		Coletor de Mucosidade	unid				
Faixa de Smarch	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter Duplo Lumen	unid				
Fio Gula Hidrofilico	unid		Cateter de Hemodialise	unid				
Fita Cardíaca	unid		Heparina	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	50	Xilocaína S/V 20 ML	unid				
Gaze Acolchoada	unid		Xilocaína C/V 20 ML	gr				
Esterilios 2%	ml		Xilocaína Gel	unid				
Gel Foan	unid		Naropin mg	unid				
Gorro	unid	07	Kollagenase	gr				
Diprospon	unid		Adrenalina	unid				
			Oximetazolina	Fr				

CIRURGIÃO: Dr. Rafael Mendes
Anestesiista: Dr. Carlos Brand
Aux 1:

Aux 2:
Aux 3:

INSTRUMENTADOR: Marcos & Jmco
CIRCULANTE: Dr. Jorge

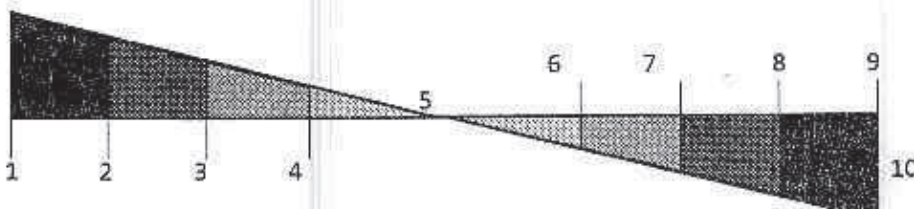


NOME: Aracis Firmamento da Silva
 PRONTUÁRIO: 142 3359
 ATENDIMENTO: 1306328
 DATA DE NASC: 14.12.1993
 DATA ADMISSÃO: 11.01.18
 HORA ADMISSÃO: 13:40

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO () OUTRAS: _____
 () IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS: _____

SUGESTÕES DA ANESTESIA



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1 APÓS UMA HORA: 1 ESCORE NA ALTA: 1

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

	ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	2	2	2	2	2									
P	2	2	2	2	2									
C	1	1	1	1	2									
R	1	1	2	2	2									
S	1	1	1	2	2									
T	7	8	8	9	12									

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
 () HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELIRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
 () TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESIAS
 () BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
 () PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Dr. Evaldo Diogenes
Dr. Evaldo Diogenes
Dr. Evaldo Diogenes

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DIPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PRASIL () LORAX
 () CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
 () HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 13:05

PA: 112/55 FC: 66

SpO₂: 96

() APARTAMENTO

() UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

Dr. Evaldo Diogenes

CRM 10169

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

240000
3067

[illegible]

Infundido:										Eliminado:										Atual:	
ST:																					
HORA																					
										(+) Endovenoso										Soluções (ml)	
																				Medicações (ml)	
																				Hemoderivados	
																				Diurese (ml)	
																				Evacuações	
																				SNG/êmese	
																				Estomas	
																				Tórax (ml)	
																				Mediastino (ml)	
Film:										Film:										Film:	
In:										In:										In:	
O ₂										O ₂										O ₂	

Prescrição médica:

Assinatura e carimbo

Evolução da enfermeira: 25,33, 40 hs ordm. 50,55 e

003. Finales de periodo F

Legend: 12x Tapped

contact: Mr. Carlos Brando

rec. continue: 1109 juv

tuolumne road and center

Empiricism in culture

Henderson Co. ALB

Candidato

As 13:05 hrs rec'd by Asst. Dir. & Capt. SD.

Evolução da téc de enfermagem: 05.31.4015 22CT

OP SKVO. POI. Struktura du Puvko

Dr. Ricardo +

DR CARLOS BREDA, Director

SEA ESTIMATE 05.13.03 MS

1735 года Елизаветинского

Exeter ma n'á.
José Ricardo Alves de Sousa

Téc. de Enfermagem

[Signature]

Assinatura e carimbo/

Gastec®

NOVA ET AL.

500

--	--

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

**uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: 77290 Belmaria da Silva Data: 11/01/2018 Leito: 506-2
 Convênio: 15566 Cirurgião: João Ricardo
 Nº Atendimento: 7.356 328 Cirurgia: DR TROSCOPICA 2 DUODENO

ATIVIDADE	SIM/ESPEC	NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO
Jejum	Data: <u>10</u> hora: <u>22</u>			
Reserva de sangue				
Lavagem intestinal				
Banho pré operatório: <u>sem</u>	Hora: Evac ()			
Acesso venoso: <u>sem</u>	Hora:			
Ficha pré anestésica preenchida				
Medicação pré anestésica				
ECG: <u>sem</u>				
Exames laboratoriais: <u>sem</u>				
Raio X/Imagens: <u>sem</u>				
Retirada de prótese dentária/ lentes				
Retirada de adornos/esmalte de unha				
Alergias: <u>sem</u>				

Encaminhado por: _____ Hora: _____ Recebido por: _____ Hora: _____
 Medicamentos em uso: _____ Transportado em: () Maca () Cadeira () Deambulando
 PA: _____ mmHg; Pulso: _____ bpm; T: 36 °C; SpO2: 97 %; Dor: 0
 0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Admissão no Centro Cirúrgico

DR 08:50 DR TROSCOPICA 2 DUODENO 506-2 DR João Ricardo
DR TROSCOPICA 2 DUODENO 506-2 DR João Ricardo
DR TROSCOPICA 2 DUODENO 506-2 DR João Ricardo
 Funcionário: João Ricardo Coren: 246355

Trans-Operatório

Sala	Circulante	Instrumentadora	Anestesia	Início	Término
() Raio X/Imagens					
() Tricotomia Hora: _____ Região: _____					
() Hemotransusão					
() Ex. laboratoriais					
() ECG					
() Material p/ anátomo-patológico					
() Material p/ laboratório					

Cirurgia realizada:

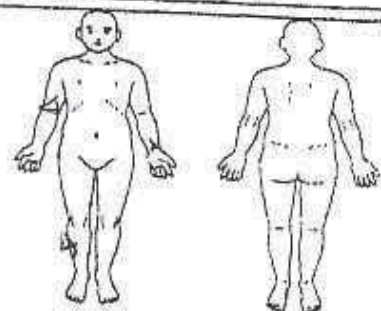
Posição do paciente na mesa cirúrgica:
 (X) DD () LD () LE () GINECOLÓGICA
 () Outras: _____

Preparo da pele:

(X) Clorhexidina degermante () PVPI tópico
 (X) Clorhexidina alcoólica () PVPI degermante

Legenda:

- ▲ Placa de bisturi
- Monitorização Cardíaca
- ✂ Incisão Cirúrgica
- Garrote Pneumático/ Faixa de Smarch
- ▼ Punção venosa



UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



UNICLINIC

O Hospital da sua vida

PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO

NOME: João Alexandre da Silva

CONVÊNIO: IMC LEITO: 506 2 IDADE: 24 SEXO: M DATA: 11.01.18

PROCEDIMENTO REALIZADO: Fratura e fixação de fíbula esquerda

ETIQUETA DO CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

UNICLINIC
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL: <u>Boxica</u>	
Nº DE PEÇAS: <u>32 peças</u>	RESP. PREPARO: <u>Oxone</u>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO: <u>10.01.18</u>	Nº DO LOTE: <u>1308</u>
OBS / CIRURGIÃO:	
ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E/OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E EM AMBIENTE DE ALTA PRESSÃO.	

UNICLINIC
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

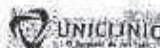
MATERIAL: <u>Ceora med pequeno normal</u>	
Nº DE PEÇAS:	RESP. PREPARO: <u>Tatiane</u>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO: <u>09/01/18</u>	Nº DO LOTE: <u>21 125</u>
OBS / CIRURGIÃO: <u>Dr. João Ricardo 13-00hs</u>	
ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E/OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E EM AMBIENTE DE ALTA PRESSÃO.	



TESTE BIOLÓGICO

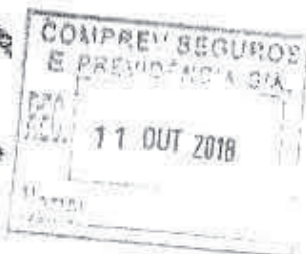
3M Comply SteriGage Steam Chemical Indicator 1243 A 10-01-18 REJECT ACCEPT	3M Comply SteriGage Steam Chemical Indicator 1243 A 10-01-18 REJECT ACCEPT	3M Comply SteriGage Steam Chemical Indicator 1243 A 10-01-18 REJECT ACCEPT
---	---	---

UNICLINIC
CONFERE COM ORIGINAL



CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL: <i>pneumático</i>	
Nº DE PEÇAS: <i>—</i>	RESP. PREPARO: <i>Sandra</i>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO: <i>10.01.18</i>	Nº DO LOTE: <i>22.5.5</i>
OBS / CIRURGIÃO: <i>Dr. João Ricardo</i> <i>Claremed 10.01.18 15:00hs</i>	
ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E/OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.	



27.12.18 15:00hs
20 NOV 2018 27/12 15:00hs

RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL: <i>PERFURADOR NORMA STAND</i>	
Nº DE PEÇAS: <i>—</i>	RESP. PREPARO: <i>Vanessa</i>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO: <i>27.12.18</i>	Nº DO LOTE: <i>22.2.2</i>
OBS / CIRURGIÃO: <i>CONFERENCIA P/ DR. JOAO RICARDO</i>	
ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E/OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.	



CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL: <i>Perfurador Uniclínica</i>	
Nº DE PEÇAS: <i>04</i>	RESP. PREPARO: <i>Rafael</i>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO: <i>09/01/18</i>	Nº DO LOTE: <i>22.5.5</i>
OBS / CIRURGIÃO: <i>03 eucali, 03 porta, 01 perfurador, 01 mangueira</i>	
ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E/OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.	

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



Uniclinic
Prescrição Eletrônica Paciente



1708586

506-2

Paciente: Tiago Fernandes da Silva
Data Nasc: 14/12/1993 24a 79d
Data Entr: 08/01/2018 15:27:48
Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.356.328
Convênio: ISSEC / ENFERMARIA
Data Presc: 12/01/2018 12:00:00
Prontuário: 423.359

Idos	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
------	------	-----------	------------	-------------------

Soluções
1 Vol. 500ml/24h a 7g/lm 500 ml

Soro Glicosado 5% Fr 500ml
Medicamentos
1 Celopropeno 100mg Fa Ev

Dose / Intervalo / Via	Horarios	D.P.E.
1 FA 12/12 h IV	17 05	5° S
SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF		
2 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/ Im	18 22 04	10 5° S
SEPARAR 1 AMP EM 18 AD		
3 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev	18 24 08	5° S
SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF		
4 Dramin B6 DI Amp 10ml Ev	18 SN	4° S
SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF		
5 Cefazolina 1g Po Fa Ev	18 23 07	2° S
DILUIR 1G +18ML DE ABD		
INICIO:11/01/2018		
D02		

Recomendações
JNCAO COM JELCO
SSV + CCGG

Dr. João Ricardo Andrade de Alencar
CPF: 123.456.789-01
ROTINA
adriana.s / adriana.s



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 12-10-18 POSTO: 05 LEITO: 306-2

CONVÊNIO: Insec

NOME: Tiago Fernandes da Silva

TURNO:	MT
AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ² : %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

Observações:

COMPROMISSO E PREVENÇÃO
11 OUT 2018

Assinatura e COREN:

TURNO:	
AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ² : %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN:



Diogo Fernandes

Compendio:

base

Date: 2, 04, 18

Material	Total
Água para injeção 10ml	04
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	
Agulha 40x12	12
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotosensível	03
Equipo simplis	
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes alcoolizada	
Gazes simplis	
Insulín	
IV 3000	
Luva estéril	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa Insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Torneira Tree Way	
Conexão	

Paciente: **Tiago Fernandes da Silva**

Data Nascido: 14/12/1993 24 Anos

Sexo: Masculino

Telefone: 987161923

Leito: 506-2

Atendimento: 1.356.328

Prontuário: 423.359

Dt. Entrada: 08/01/2018 15:27:48

Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

EVOLUÇÃO MT 12/01/2018

HD: P.O DE PUNHO E

- Nível de consciência/orientação (): Consciente e orientado;
- Locomoção (): Deambula
- Padrão respiratório (): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA (): Normotenso e normocardico;
- Dieta (): VO;
- Incisão cirúrgica(): PUNHO E
- Venoclise e disposição de infusão (): AVP
- Lesões (): PELE INTEGRAL PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais (); Espontâneas;
- Queixas (); nao refere
- Perfusão (); Boa.

PCTE EM P.O DE FRATURA DE PUNHO E
DIETA V.OREALIZO CUTAIVO DE MID, PONTOS INTEGROS, MANTENHO TALA
NEGA HAS, DM E ALÉRGIAS MEDICAMENTOSAS.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPEUNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINALAna Carolina M. Gadelha
Enfermeira
516302

Ana Carolina Machado Gadelha /



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente: Tiago Fernandes da Silva

Data Nascimento: 14/12/1993 24a 29d

Data Entrada: 08/01/2018 15:27:48

Médico Responsável: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.356.328

Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 13/01/2018 12:00:00

Protocolo: 423.359

506-2

Dietas: Branda

Soluções:

Vol: 500ml/24h a 70mm

Soro Glicosado 5% Fr 500ml

Descrição Técnica:

Observação:

Medicamentos

1. Cetoprofeno 100mg Po Ev

2. Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/ Im

SEPARAR 1 AMP EM 18 AD

3. Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF

4. Dexamet B6 DI Amp 10ml Ev

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF

5. Cefazolin 1g Po Fa Ev

DOSI:

DILUIR 1G + 18ML DE ABD

INICIO: 11/01/2018

Sedimentos/Serviços

Curativo Medio

COM CREPOM

Recomendações:

PUNÇÃO COM JELCO

SSV + CCGG

MANTER TALA

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar

CRM 5244

Uniclinic



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Tracya Fernandes da Silva DATA: 13/01/18 POSTO: 5 LITO: 5062
CONVÊNIO: 15RC

TURNO: <u>ni</u>	
AC. VENOSO:	
CVP (<input checked="" type="checkbox"/>) Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ₂ : %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

Observações: Ap. 11.00h da seguinte forma alta
dispositivos COMPREV SEGUROS
em perfeita condição

11-OUT-2018

Assinatura e COREN:

TURNO:	
AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ₂ : %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

Observações:

Assinatura e COREN:

UNICLINIC
CONFIRMADO
CONFIRMADO



Date 3/7/18

Convênio: 98 DCE

Nome: Tracy Tiernandes

Material	Total	<div> <div> CURATIVO CVC CONVENCIONAL GAZES SIMPLES: 20 MICROPORE: 20CM LUA DE PROCEDIMENTO: 01 CLOREXIDINA ALCOOLICA: 15ml MASCARA: 01 SF 0,9% 10ml: 01 </div> <div> CURATIVO C/ ATADURA ATADURA: _____ cm MICROPORE: 20cm LUA DE PROCEDIMENTO: 01 CLOREXIDINA: _____ 15ml MASCARA: 01 SF 0,9% 10ml: 02 </div> <div> CURATIVO TOT GAZES SIMPLES: 30x20 SF 0,9% 10ml: 01+01 LUA DE PROCEDIMENTO: 03+01 MASCARA: 01 </div> <div> CURATIVO GTT GAZES SIMPLES: 20 SF 0,9% 10ml: 01 LUA DE PROCEDIMENTO: 01 MASCARA: 01 </div> <div> PASSAGEM DE SNG SONDA SNG Nº _____ LUA ESTÉRIL: 01 XILOCAÍNA GEL: 05gr GAZES SIMPLES: 10 SERINGA 20CC: 01 ETER: 10ml ESPARADRAPO: 10cm MASCARA: 01 </div> </div>
Água para injeção 10ml	7	
Água para injeção 20ml		
Agulha 13x4,5		
Agulha 25x7		
Agulha 30x8		
Agulha 40x12		
Cateter nasal		
Eléctrodo		
Equipo para bomba de infusão		
Equipo para bomba de infusão fotoassistida		
Equipo simples		
Extensor 20cm		
Fita para glicemia + fita para		
Gazes acediloidada		
Gazes simples		
Injeção		
IV 3000		
Lua estéril		
Lua procedimento		
Seringa 20cc		
Seringa 10cc		
Seringa 5cc		
Seringa 3cc		
Seringa insulina		
Seringa SNG		
SF 0,9% 100ml		
SF 0,9% 250ml		
SG 5,0% 250ml		
Torniquete Tme Vlay		
Conc-lua		

Paciente: **Tiago Fernandes da Silva**
 Data Nascimento: **14/12/1993** 24 Anos
 Sexo: **Masculino**
 Telefone: **987161923**
 Celular: **506-2**

Atendimento: **1.356.328**
 Prontuário: **423.359**
 Dt. Entrada: **08/01/2018 15:27:48**
 Convênio: **ISSEC ENFERMARIA**

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
13/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Maria de Fátima Araujo Martins	

Enfermeiro(a): **MARIA FÁTIMA A. MARTINS**

EVOLUÇÃO MANHÃ 13/01/2018

HD: P.O DE PUNHO E

- Nível de consciência/orientação (): Consciente e orientado;
- Locomoção (): Deambula
- Padrão respiratório (): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA (): Normotenso e normocardico;
- Dieta (): VO;
- Incisão cirúrgica(): PUNHO E
- Venoclise e disposição de infusão (): AVP
- Lesões (): PELE INTEGRAL PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais (): Espontâneas;
- Queixas (): não refere
- Perfusão (): Boa.



PACIENTE EM TTO CIRÚRGICO EVOLUI ESTÁVEL,
 PCTE EM P.O DE FRATURA DE PUNHO E
 DIETA V.O
 REALIZO CUTAIVO DE MID, PONTOS INTEGROS, MANTENHO TALA
 AS RETIRADO AVP.
 AS 11:40 SAIU DE ALTA HOSPITALAR.

UNICLINIC
 CONF. COM O
 ORIGINAL

MARIA DE FÁTIMA ARAUJO MARTINS

Maria de Fátima Araujo Martins
 Enfermeira
 COREN-CE 520766



NOME DO PACIENTE:

Luís Fernando de Silva

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO.:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/01/18 Dor no abdome
pt not. curar

CONTROLE REGISTRO
E PREVIDÊNCIA

11 OUT 2018

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5243
CPF: 423.866.406-53

09/01/18 Dor no abdome
curar pt hosp

CONFIRMADO
OBSERVADO

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5243
CPF: 423.866.406-53

10/01/18 Dor no abdome

Dr. Victor Monte Tenório
Cirurgia de Quadril e Joelho
CRM CE 11967 TEOT 13604

11-01-18 Dor no abdome

Dr. Victor Monte Tenório
Cirurgia de Quadril e Joelho
CRM CE 11967 TEOT 13604

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

110118 *Yuri Teodoro*
de Almeida

Dr. Valdir Mendes Junior
 Médico de Família e Comunidade
 CRP 11907 12/07/2004

COMPANHIA SEGUROS
 E RESPONSABILIDADE S/A.
 11 OUT 2018

11

SG

01

B. de

18

ATENDIMENTO 10

por 90

Oct 22 de 0

em 10/10/18

Dr. Evaldo Diniz
 Médico
 CRM 10118

120118

Yuri Teodoro

130118

Yuri Teodoro
Atendimento

Dr. Valdir Mendes Junior
 Médico de Família e Comunidade
 CRP 11907 12/07/2004

COMPANHIA SEGUROS
 E RESPONSABILIDADE S/A.



Flávio Fernandes da Silva

Leito:

Admissão:

COMPRESOR SEGUROS
E REPARAÇÃO S.A.
11 00 2016

[illegible]



ed 4 030205 0019

Dr. Charles Samuel Marques Dantas

Ortopedia / Traumatologia / Artroscopia e Cirurgia do Joelho

CRM: 14474 / TEOT 12676

FISIOTERAPIA

PACIENTE: TIAGO FERNANDES DA SILVA

FISIOTERAPIA PUNHO E

HD: FRATURA PUNHO E



10 sessões

Dr. Charles Samuel M. Dantas
Traumatologia - Ortopedia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CREMEC 14474 - TEOT 12676

Avenida Aguanambi- 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza - Ceará
60055-402 PABX: (85) 33116000 - UNICLINI@UNICLINIC.COM.BR
WWW.UNICLINIC.COM.BR

UNICLINIC
O Hospital da sua vida

PIRAMBU

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: TIAGO FERNANDES DA SILVA
ATESTADO MÉDICO

Prontuário: 221120

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS TRABALHISTAS, A PEDIDO DO PACIENTE, QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO NA DATA DE HOJE ÀS 14:08H RELATANDO A ACIDENTE DE MOTO ONDE ERA CONDUTOR, APRESENTANDO AO EXAME FÍSICO DEFORMIDADE E EDEMA EM PUNHO ESQUERDO E RADIOGRAFIA COMPATIVEL COM FRATURA EM PUNHO ESQUERDO.

Data: 05/01/2018

Dr(a) Ludimila B. de Vasconcelos
Médica
CREMESP 17204

LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS
17204CRM

Av Presidente Castelo Branco, S/N - Colônia - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-3284

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

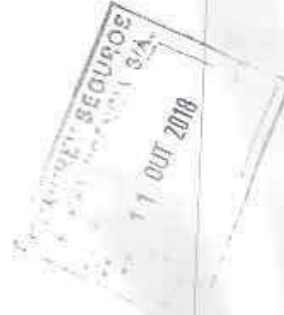
PIRAMBU

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: TIAGO FERNANDES DA SILVA
ATESTADO MÉDICO

Prontuário: 221120

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS TRABALHISTAS, A PEDIDO DO PACIENTE, QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO NA DATA DE HOJE ÀS 14:08H RELATANDO A ACIDENTE DE MOTO ONDE ERA CONDUTOR, APRESENTANDO AO EXAME FÍSICO DEFORMIDADE E EDEMA EM PUNHO ESQUERDO E RADIOGRAFIA COMPATIVEL COM FRATURA EM PUNHO ESQUERDO.



Data: 05/01/2018

Dr(a) Ludimila B. de Vasconcelos
Médica
CREMESP 17204

LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS
17204CRM

503184

Av Presidente Castelo Branco, S/N - Colônia - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-3284

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

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

NOME: **TIAGO FERNANDES DA SILVA**
 DOC IDENTIDADE / CAC BRASCP Nº: **2005010264738 - SSPDS** **CE**
 CPF: **065.706.113-13** DATA NASCIMENTO: **14/12/1993**
 FUNÇÃO: **ANTONIO PAULINO DA SILVA FILHO**
ROSILENE FERNANDES DA SILVA
 PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CATEGORIA: **ALL**
 Nº REGISTRO: **08358950136** VALIDADE: **14/11/2019** 1ª EMISSÃO: **06/04/2015**

OBSERVAÇÕES:
 A :
 EXERCE ATIV REMUNERADA:


TIAGO FERNANDES DA SILVA
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **FORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO: **10/10/2016**
 42499348258
 CE155804774

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

COMPREI SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA CIA.
 11 OUT 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374317/18

Vítima: TIAGO FERNANDES DA SILVA

CPF: 065.706.113-13

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 05/01/2018

Titular do CPF: TIAGO FERNANDES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BILLY JACKSON COSTA ALVES : 620.430.213-20

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

TIAGO FERNANDES DA SILVA : 065.706.113-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: BILLY JACKSON COSTA ALVES
CPF: 620.430.213-20

BILLY JACKSON COSTA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481138 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 05/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: TIAGO FERNANDES DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão PM DO CEARÁ, residente e domiciliado à Rua AUGUSTO FILHO, nº 1090, bairro VILA VELHA, Município de Fortaleza, Estado de(o) CEARÁ, Cep. 60345-836, portador(a) do Rg nº 2005010264938, SSP/CE e CPF nº 069.706.113-13.

Outorgado: BILLY JACKSON COSTA ALVES, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão RECUSO, residente e domiciliado(a) à Rua 6, nº 301, bairro VILA VELHA, Município de Fortaleza, Estado de (o) CEARÁ, Cep.: 60344-070, portador (a) do RG nº 1315304 MTE. SSP/CEARÁ e CPF nº 620430213-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) TIAGO FERNANDES DA SILVA, ocorrido em 05.10.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Fortaleza, 11, de Outubro de 2018.



JAIME ARARIPE
SERVIÇO REGISTRAL

TIAGO FERNANDES DA SILVA
Outorgante
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374317/18

Vítima: TIAGO FERNANDES DA SILVA

CPF: 065.706.113-13

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 05/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO FERNANDES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BILLY JACKSON COSTA ALVES : 620.430.213-20

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

TIAGO FERNANDES DA SILVA : 065.706.113-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: BILLY JACKSON COSTA ALVES
CPF: 620.430.213-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

BILLY JACKSON COSTA ALVES

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA