







CARTÓRIO JURÁVEL - Tel.: 33-3237-1872
Dna. Cláudia Carvalho Bezerra - tabelaria
Certifica que o presente comprovante fotostáticamente
reprodução fidedigna do original.
De sua vez na Caucalá-CE 07 de agosto de 2018

Caucalá

Sel. 813142-NR
Ivanilas Roche Franco Barros - Encarregada
Carimbo: 814051 Total: R\$ 2.35 Pedido: 133

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - BEHUDE DPVAT

CE Nº 01414060840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

47231270367 DRU4394/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01414060840 44060803416

| | | | | |
|--|---------|-----------|------------|---------------|
| VIA: | TENAVAM | RNTRG: | EXERCÍCIO: | DATA EMISSÃO: |
| PPT | 01 | 565171291 | 0000000000 | 2018 |
| 2018 09/07/2018 | | | | |
| CARLOS ROBERTO F DOS SANTOS /CE | | | | |
| NOME | | | | |
| CARLOS ROBERTO F DOS SANTOS /CE | | | | |
| CAUCALÁ /CE | | | | |
| CPF/CNPJ: 47231270367 PLACA: DRU4394/CE | | | | |
| PLACA ANT./UF: /CE CHASSI: 9C2KD0550DR131727 | | | | |
| ESPECIE DO VEHÍCULO: PAS/MOTOCICLETA/APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA / ALCOOL | | | | |
| MARCA/ANO/ESPECIE: HONDA/NXR150 BROS ES ANO/ESPECIE: 2013 2013 | | | | |
| CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA | | | | |
| COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: VENC./COTAS: | | | | |
| 1º 30 2º 30 3º 30 | | | | |
| PADA DPVA: PARCELAMENTO/COTAS: | | | | |
| 1º 30 2º 30 3º 30 | | | | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOP (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) UNIDADE DE PAGAMENTO: | | | | |
| 180,65 0,70 185,30 12/06/2018 | | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | | |
| LOCAL: CAUCALÁ DATA: 09/07/2018 | | | | |
| Igor Paster Superintendente | | | | |
| DETAN-CE | | | | |
| COMPRE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. | | | | |
| 08 AGO 2018 | | | | |

PRÉMIO TARIFÁRIO

| | | |
|--|----------------|-----------------------|
| IOP (R\$) | DETAN-CE (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 81,29 | 9,03 | 90,33 |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | | |
| 4,15 | IOP (R\$) | 185,30 |
| VALOR PAGO/SEGURADO (R\$) | | |
| PAGAMENTO: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA | | |
| <input type="checkbox"/> PARCELADO | | |
| DATA DEQUITAÇÃO: | | |
| 12/06/2018 | | |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.247.698/0001-04

MOTOR: KDO5E5D131727 04915

Barcode

CARTÓRIO JURÁVEL - Tel.: 33-3237-1872
Dna. Cláudia Carvalho Bezerra - tabelaria
Certifica que o presente comprovante fotostáticamente
reprodução fidedigna do original.
De sua vez na Caucalha-CE 07 de agosto de 2018

Caucalha

Selos: 813142-NR
Ivanilas Roche Franco Barros - Encarregada
Carimbo: 814051 Total: R\$ 2.35 Pedido: 133

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - BEHUDE DPVAT

CE Nº 01414060840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

47231270367 DRU4394/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01414060840 44060803416

| | | | | | |
|---|---------|-----------------|------------|------------------------|--|
| VIA: | TENAVAM | RNTRG: | EXERCÍCIO: | DATA EMISSÃO: | |
| PPT | 01 | 565171291 | 0000000000 | 2018 | |
| 2018 09/07/2018 | | | | | |
| 47231270367 DRU4394/CE | | | | | |
| PLACA: DRU4394/CE | | | | | |
| ANO FAB./MÓD.: 2013 | | | | | |
| MARCA / MODELO: HONDA / NXR150 BROS ES | | | | | |
| CATEGORIA: PARTIC | | | | | |
| COR PREDOMINANTE: PRETA | | | | | |
| COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: VENC / COTAS: | | | | | |
| 1º | | | | | |
| 2º | | | | | |
| 3º | | | | | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO: | | | | | |
| IPF (R\$) | | DETRAN-CE (R\$) | | CUSTO DO SEGURO (R\$) | |
| 180,65 | | 0,70 | | 90,33 | |
| PRÉMIO TOTAL (R\$) | | IPF (R\$) | | CUSTO DO BILHETE (R\$) | |
| 185,30 | | 0,70 | | 185,30 | |
| UNIDADE DE PAGAMENTO: | | | | | |
| 12/06/2018 | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | | | |
| Local: CAUCALHA | | | | | |
| Data: 09/07/2018 | | | | | |
| Assinatura: Igor Paster - Superintendente | | | | | |
| Detran-CE | | | | | |
| COMPRE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. | | | | | |
| 08 AGO 2018 | | | | | |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.247.698/0001-04

MOTOR: KDO5E5D131727 04915

Barcode

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288891/18
Vítima: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS
CPF: 833.991.943-15

CPF de:
Próprio

Data do Acidente: 15/04/2018

Titular do CPF: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

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

ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35

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

RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS : 833.991.943-15

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: 08/08/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF/CNPJ: 095.926.547-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

ANDERSON RODRIGUES

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354327/18

Vítima: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SAI

CPF: 833.991.943-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/04/2018

Titular do CPF: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35

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

RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS : 833.991.943-15

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: 26/09/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF: 095.926.547-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

ANDERSON RODRIGUES

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180450263 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DOS SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERIANA À ESQUERDA.
LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180450263 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DOS SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERIANA À ESQUERDA.
LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Vitor Hugo Sousa Morim".

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Raimundo Nonato de Araújo dos Santos, brasileiro (a), estado civil: Casado
Profissão: Auxiliar de Serviços Portador(a) do RG 97.002551082, órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 833.991.943-15 Residente no(a) Rua Bruto Santo - CJ Rondon
nº 197, bairro: Centro, município: Caicó, CE.

OUTORGADO:

Nome: **ANDERSON RODRIGUES** brasileiro (a), estado civil: **CASADO**
Profissão: **AUTONOMO** Portador (a) do RG **6580463** órgão expedidor: **DETTRAN/CE**
e do CPF: **095.926.547-35** residente no(a) **RUA ITAREMA**
nº 738 bairro: **CASTELÃO** município: **FORTALEZA/CE**.

PODERES: pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

Vítima Raimundo Nonato de Araújo dos Santos
Local e Data: Fortaleza - CE 06/07/18

Cartório de
Juiz de



Raimundo Nonato de Araújo dos Santos

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Raimundo Nonato de Araújo dos Santos, brasileiro (a), estado civil: Casado
Profissão: Auxiliar de Serviços Portador(a) do RG 97.002551082, órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 833.991.943-15 Residente no(a) Rua Bruto Santo - CJ Rondon
nº 197, bairro: Centro, município: Caicó, CE.

OUTORGADO:

Nome: **ANDERSON RODRIGUES** brasileiro (a), estado civil: **CASADO**
Profissão: **AUTONOMO** Portador (a) do RG **6580463** órgão expedidor: **DETTRAN/CE**
e do CPF: **095.926.547-35** residente no(a) **RUA ITAREMA**
nº 738 bairro: **CASTELÃO** município: **FORTALEZA/CE**.

PODERES: pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

Vítima Raimundo Nonato de Araújo dos Santos
Local e Data: Fortaleza - CE 06/07/18

Cartório de
Juiz de



Raimundo Nonato de Araújo dos Santos

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354327/18

Vítima: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SAI

CPF: 833.991.943-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/04/2018

Titular do CPF: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35

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

RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS : 833.991.943-15

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: 26/09/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF: 095.926.547-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

ANDERSON RODRIGUES

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180450263 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DOS SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERIANA À ESQUERDA.
LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Vitor Hugo Sousa Morim".

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180450263**
Vitima: **RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **15/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANDERSON RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180450263**.

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

833.991.943-15

Nome completo da vítima

Karmunda Nonata de Araújo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--------------------------------------|----------------------|------------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Karmunda Nonata de Araújo dos Santos | 833.991.943-15 | funcionaria - se |
| Endereço | Número | Complemento |
| Sua Brejo Santo - CJ Rondon | 797 | |
| Bairro | Cidade | Estado |
| Centr. Marechal Rondon | Caucaia | Ceará |
| Email | CEP | Telefone (DDD) |
| | 61650-580 | (85) 98537-6641 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Seque, 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 | |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (1104)

| | | | |
|------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| AGÊNCIA N.R. | C/C | CONTA N.R. | C/V |
| 3281 | | 36235 | 1 |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

| | | | |
|-------|------|---------|------|
| BANCO | Name | Agencia | N.R. |
| | | | |

| | | | |
|------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| AGÊNCIA N.R. | C/C | CONTA N.R. | C/V |
| | | | |
| (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 Lider 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.

Fidalgo, 06 de Agosto de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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

FLS _____
RUERICA
ESTADODE PERNAMBUCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3391 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 10:50:13**
Data / Hora da Ocorrência: **15/04/2018 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TUPI C/ RUA PORTO VELHO**
Complemento:
Bairro: **JOAO XXIII** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **ESO DA FGE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS
Nascimento: 22/10/1976 CPF: 739.707.513-49
CNH: 01917721600 Orgão Emissor: DETRAN
Filiação: FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS
FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS

Endereço: RUA BREJO SANTO - 197

Bairro: IUREMA

Município: CAUCAIA

País: BRASIL CEP: 61.652-580 Telefone: (61) 98779-6742

Nome: RAIMUNDA NONATA DE ABAIJO DOS SANTOS

Nascimento: 29/12/1979 CPF: 833.991.943-15

RG: 97002551082

Filiação: FRANCISCA LEDA DE ABREU

JOSÉ M.

Endereço: **RUA BREJO SANTOS, 197**

Bairro: **JUREMA**

Município: CAUCAIA/CE CEP: 61.652

País: **BRASIL**

[View all reviews](#)

1) Placa: **ORU4394** UF: **CE** Município: **CANCAIA** Chassis:

Dados do(s) Veiculo(s)

Placa: ORG4394 UF: CE Município: CAUCAIA Chassi:
9C2KD0550DR131727 Renavam: **565171291** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **CARLOS ROBERTO F DOS SANTOS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

FIRMA O DECLARANTE(PILOTO E VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL
ITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ORU-4394-CE E A
UTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(RAIMUNDA NONATA DE ARAÚJO
OS SANTOS); QUE TRAFEGAVA PELA RUA PORTO VELHO; QUE UM OUTRO
EICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO
ONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UMA CONVERSÃO A ESQUERDA
A VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS
A VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM
SIONADAS; QUE, AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU SENDO
VADAS PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//
35:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
AZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

GACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3391 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Ronaldo Lacerda Vidente dos Sonhos

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

- Declaro que o suspeito é inocente





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

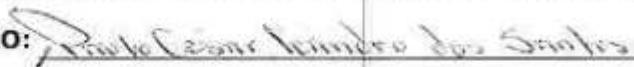


BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3391 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO 

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

- Memória: Morada de Aracaju do Senhor





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

CPF da Vítima

833.991.943-15

Data do Acidente

15-04-2018

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
- Um 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, 06 de Agosto de 2018

Local e Data



Alcimar Nunes de Oliveira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

CPF da Vítima

833.991.943-15

Data do Acidente

15-04-2018

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, 06 de Agosto de 2018
Local e Data



Alcione Mundi Nonato da Conceição dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Raimunda Nonata de Araújo dos Santos**, no dia **15/04/2018**, às **08h10min**, na **Rua Porto Velho c/ Rua Tupi**, no Bairro **João XXIII**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P280448/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



TERMO DE ENTREGA**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº P280448/2018, estamos entregando a Sra. Raimunda Nonata de Araújo dos Santos, CPF: 833.991.943-15, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia 15/04/2018.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Acordosamente,



Francisco Rômulo
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza
08/07/2018

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante:

Assinatura:

CPF:

Data do recebimento:





P-280448/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: U53791

PONTO DE APOIO: Hosp. mulher

Nº DA OCORRÊNCIA:

0136

DATA: 25/04/18

TURNO: MT

EQUIPE: Luizelma + Jaqueline

NOME: **IRACEMA NUNES DE Araújo dos Santos** IDADE: 38 SEXO: FemENDEREÇO: **Porto velho q tupy**

REFERÊNCIA:

BAIRRO: **3000 XXX**

QTY:

QUIS: **08:10**QUY: **08:58**

QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

ICLUSÃO COMO - morto.

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

EXPANSÃO TORÁCICA

PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

RESPONSIVO
 NÃO RESPONSIVO

PRESENTE
 AUSENTE

PRESENTE
 AUSENTE

A Vias aéreas PÉVEAS OBSTRUÍDAS

POR:

PADRÃO RESPIRATÓRIO

INSPEÇÃO

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

AUSCULTA

EUPNEICO
 TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO
 AGÔNICA/AUSENTE

NORMAL
 ALTERADA:

NORMAL
 ALTERADA:

NORMAL
 ALTERADA:

B Respiração

Circulação

C SANGRAMENTO EXTERNO

D Neurogênico

E Exposição

F ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

G ABERTURA OCULAR

H RESPONSA VERBAL

I RESPONSA MOTORA

J ESPONTÂNEA

K Á VOZ

L À DOR

M NENHUMA

N TOTAL

O PUPILAS:

P ADULTO

Q LESÕES

R PEDIÁTRICO

S SAMPLA

T FC: 88 PA:

U FR: 20-

V GLIC.: 987

W OXIM.: 98%

X TEMP.:

Conscienti, orientada, critica de colosso cartilaginoso. Refrig. dor no mi e (lateral do joelho) + edema na hemiface esq., ruga clinope

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: IJF - CENTRO BOLETIM EMERG: _____
 LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO: _____
 ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:
 ASS. DO RESPONSÁVEL: _____

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

Descrição de valores entregues:



LOCAL: _____

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

SAMU EM: _____ / _____ / _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA: _____



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Raimunda Nonata de Araújo dos Santos**, no dia **15/04/2018**, às **08h10min**, na **Rua Porto Velho c/ Rua Tupi**, no Bairro **João XXIII**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P280448/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



TERMO DE ENTREGA**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº P280448/2018, estamos entregando a Sra. Raimunda Nonata de Araújo dos Santos, CPF: 833.991.943-15, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia 15/04/2018.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Acordosamente,



Francisco Rômulo
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza
08/07/2018

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante:

Assinatura:

CPF:

Data do recebimento:





P-280448/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: U53791

PONTO DE APOIO: Hosp. mulher

Nº DA OCORRÊNCIA:

0136

DATA: 25/04/18

TURNO: MT

EQUIPE: Luizelma + Jaqueline

NOME: **IRACEMA NUNES DE Araújo dos Santos** IDADE: 38 SEXO: FemENDEREÇO: **Porto velho q tupy**

REFERÊNCIA:

BAIRRO: **3000 XXX**

QTY:

QUIS: **08:10**QUY: **08:58**

QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

ICLUSÃO COMO - morto.

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

EXPANSÃO TORÁCICA

PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

RESPONSIVO
 NÃO RESPONSIVO

PRESENTE
 AUSENTE

PRESENTE
 AUSENTE

A Vias aéreas PÉVEAS OBSTRUÍDAS

POR:

PADRÃO RESPIRATÓRIO

INSPEÇÃO

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

AUSCULTA

EUPNEICO
 TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO
 AGÔNICA/AUSENTE

NORMAL
 ALTERADA:

NORMAL
 ALTERADA:

NORMAL
 ALTERADA:

Circulação

PULSO

NORMOCÁRDICO CHEIO
 TRAQUICÁRDICO FILIFORME
 BRADICÁRDICO IMPALPÁVEL

PELE

CORADA
 PÁLIDA
 CIANÓTICA

SUDOREICA
 SECA
 QUENTE
 FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR
≤ 2 seg

> 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO
SIM

NÃO

LOCAL:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

ESPONTÂNEA 4
À VOZ 3
À DOR 2
NENHUMA 1

ORIENTADO (A) / SORRI (P)
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
NENHUMA

5
 4
 3
 2
 1

OBEDECE A COMANDOS
LOCALIZA A DOR
MOVIMENTO DE RETIRADA
FLEXÃO ANORMAL
EXTENSÃO ANORMAL
NENHUMA

6
 5
 4
 3
 2
 1

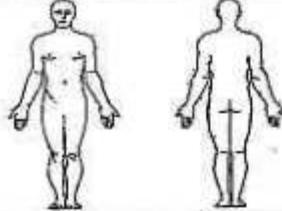
TOTAL: **15**PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS

Exposição

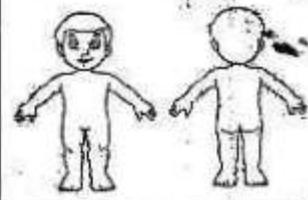
ADULTO

LESÕES

PEDIÁTRICO



| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |



SAMPLA

FC: **88**

PA:

FR: **20-**GLIC.: **200**OXIM.: **98%**TEMP.: **36,5**

Conscientí, orientada, critica de colofo cartilaginoso. Refrig. dor no mi e latusa do joelho) + edema na hemiface esq., ruga clinope

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: IJF - CENTRO BOLETIM EMERG: _____
 LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO: _____
 ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:
 ASS. DO RESPONSÁVEL: _____

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

Descrição de valores entregues:



LOCAL: _____

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

SAMU EM: _____ / _____ / _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA: _____

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: 10/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 00000036235-1

Nr. da Autenticação E2567A06EE46B230



Nº de Inscrição:
004672496

DETALHOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO A DOS SANTOS
Endereço: RU BREJO SANTO-CJ RONDON, 197, CONJ MARECHAL RONDON
Cidade: CAUCASIA
UF: GOIAS

CEP: 61652-580

| | | | | | | | | | |
|--------|-----|-------|-----|---------|------|------|------|-------|------|
| Local: | 129 | fone: | 078 | Qualif: | 0228 | Ley: | 0073 | CPF: | |
| | | | 00 | | 00 | | | CNPJ: | 0000 |

| | | | | | | | |
|--------------|-----|------------|-----|-------------|-----|--------|-----|
| Residencial: | 001 | Comercial: | 000 | Industrial: | 000 | Ponto: | 000 |
|--------------|-----|------------|-----|-------------|-----|--------|-----|

| | | | | | |
|---------------------|------------|--------------------|-------------|-------------|--------------------|
| TIPO DE MANUTENÇÃO: | Motor | Corpo Ambulatório: | Lançamento: | Manutenção: | Média Fornecedora: |
| ÁGUA | A16F200445 | 381 | 406 | 25 | 22 |

DATAS

Última Apuração: 14/07/2018 | Segunda: 14/07/2018 | Data Apuração: 14/07/2018

Último Recolhimento: 14/06/2018 | Próximo Leitura: 14/08/2018 | Data Recolhimento: 05/2018

VALOR DA ÁGUA (GASTOS) - REFERENTE A:

| | | | | | |
|-------------|-------|----------|-------|----------------|----------------|
| Regras: | Cloro | Turbidez | Chuva | Consumo Total: | Consumo Média: |
| Águas Sujas | 146 | 146 | 047 | 146 | 146 |
| Águas Sujas | 157 | 157 | 157 | 157 | 157 |
| Águas Sujas | 157 | 157 | 154 | 147 | 157 |

RECOLHIMENTOS DE INVESTIMENTOS DESENVOLVIMENTOS

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ / META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APPLICATIVO DA ARCE.

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
ESGOTO
TRAFICO DE CONTINGENCIA

| VALOR (R\$) | | TURBIDEZ EM VOLUREIS | | |
|-------------|-----------|----------------------|-----------|-----------|
| Mês/Ano | Água (m³) | Volume m³ | Volume m³ | Volume m³ |
| jul/17 | 17 | 13 | | |
| ago/17 | 15 | 12 | | |
| set/17 | 20 | 16 | | |
| out/17 | 20 | 16 | | |
| nov/17 | 21 | 16 | | |
| dez/17 | 21 | 16 | | |
| jan/18 | 21 | 16 | | |
| fev/18 | 23 | 18 | | |
| mar/18 | 20 | 16 | | |
| abr/18 | 20 | 16 | | |
| mai/18 | 29 | 23 | | |
| jun/18 | 25 | 18 | | |

TRIBUTOS SOBRE O FORNECIMENTO

Contribuições: PIS: 2,81 Cofins: 14,00

| | | |
|-------------|---------------------|-------------|
| Valor (R\$) | VALOR DO SERVICO | Valor (R\$) |
| | VALOR DO SUBSÍDIO | 304,80 |
| | VALOR TOTAL A PAGAR | 11,64 |
| | | 292,96 |

MÉTODO

07/2018

VENIMENTO

03/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

292,96

I:356615075071901 L:0283 H:08:11:59 R:108 P:001

Centro de Atendimento

Cagece

0800 278 0195

Cagece

móvel

www.cagece.com.br

Centro de Atendimento

Cagece

0800 278 0195

Centro de Atendimento

Cagece

0800 278 0195

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

Mais informações pelo telefone: 0800 278 0195, nas lojas de atendimento, de 8h

às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.3918, de 8hàs 12h e 13h às 17h. Ouvidoria Estadual: 08-00-278-0195 - Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Portaria ARCE - Autarquia de Regulação, Fiscalização e

Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental - Demais

localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado

do Ceará: 0800 278 0195



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Anderson Rodrigues, inscrito(a) no CPF/CNPJ 095.926.547/35,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karmunda Norata de Araujo ^{Inscrito} Santos
(a) no CPF sob o N° 833.991.943/15, do sinistro de DPVAT cobertura Malha, da Vítima
Karmunda Norata de Araujo ^{Inscrito} na CPF sob o N° 833.991.943/15, 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>Rua Itarema</u> | Número | <u>738</u> | Complemento |
| Bairro | <u>Castelau</u> | Cidade | <u>Fortaleza</u> | Estado <u>Ceará</u> CEP <u>60723-690</u> |
| Email | | Telefone comercial (DDD) | | Telefone celular (DDD) <u>(85) 98537-6041</u> |

Fortaleza, 06 de agosto de 2018
 Local e Data

Anderson Rodrigues
 Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Anderson Rodrigues, inscrito(a) no CPF/CNPJ 095.926.547/35,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karmunda Norata de Araujo ^{Inscrito} Santos
(a) no CPF sob o N° 833.991.943/15, do sinistro de DPVAT cobertura Malha, da Vítima
Karmunda Norata de Araujo ^{Inscrito} na CPF sob o N° 833.991.943/15, 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>Rua Itarema</u> | Número | <u>738</u> | Complemento |
| Bairro | <u>Castelau</u> | Cidade | <u>Fortaleza</u> | Estado <u>Ceará</u> CEP <u>60723-690</u> |
| Email | | Telefone comercial (DDD) | | Telefone celular (DDD) <u>(85) 98537-6041</u> |

Fortaleza, 06 de agosto de 2018
 Local e Data

Anderson Rodrigues
 Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos Roberto Frotas dos Santos,

RG nº 04630644269 data de expedição 11/03/2014

Órgão Detran/CE, portador do CPF nº 472.312.703-87, com

domicílio na cidade de Caucáia, no Estado de

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

Rua Perejo Santo, conj Rondon, nº 216,

complemento Conj Maranh, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Evanilza Rocha Franco Barros, cujo o condutor era

Paulo Cesar Leandro dos Santos.

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda INTR 150 Bros ES

Ano: 2013

Placa: OR U 4394

Chassi: 9G2K70550DR 131727

Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Fortaleza 02/08/18

Assinatura do Declarante

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

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Av. José Mendes Lobo, 1523 - Centro - Ceará - CEP: 61.640.000 - CNPJ: 15.831.652/0001-26

Cartório Jurema - Tel.: 85-3237-1878
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

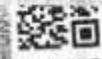
Reconhecido por AUTENTICADOR DE FIRMA(s) de:

CARLOS ROBERTO FROTA DOS SANTOS*****

De que fui feito Caucaia-CE 02 de agosto de 2018
Selo(s): 760561-CK*****

Evanilza Rocha Franco Barros - Escrivano
Carimbo: 614047 Total: R\$ 4,16 Padrão: 133
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICADOR

RECONHECIMENTO
DE FIRMA



Nº CK 750501

HRHG



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Av. José Mendes Lobo, 1523 - Centro - Ceará - CEP: 61.640.000 - CNPJ: 15.831.652/0001-26

Cartório Jurema - Tel.: 85-3237-1878
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Reconhecido por AUTENTICADOR DE FIRMA(s) de:

PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS*****

De que fui feito Caucaia-CE/DE 02 de agosto de 2018.

Selo(s): 761732-CK*****

Evanilza Rocha Franco Barros - Escrivano

Carimbo: 615662 Total: R\$ 4,16 Padrão: 133

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICADOR



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos Roberto Frotas dos Santos,

RG nº 04630644269 data de expedição 11/03/2014

Órgão Detran/CE, portador do CPF nº 472.312.703-87, com

domicílio na cidade de Caucáia, no Estado de

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

Rua Perejo Santo, conj Rondon, nº 216,

complemento Conj Maranh, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Evanilza Rocha Franco Barros, cujo o condutor era

Paulo Cesar Leandro dos Santos.

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda INTR 150 Bros ES

Ano: 2013

Placa: OR U 4394

Chassi: 9G2K70550DR 131727

Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Fortaleza 02/08/18

Assinatura do Declarante

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

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Av. José Mendes Lobo, 1523 - Centro - Ceará - CEP: 61.640.000 - CNPJ: 15.831.652/0001-26 - Fone: 085-3237-1878

Cartório Jurema - Tel.: 85-3237-1878
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Reconhecido por AUTENTICADOR DE FIRMA(s) da:

CARLOS ROBERTO FROTA DOS SANTOS*****

Do qual sou fio Caçula-CE 02 de agosto de 2018
Selo(s): 760561-CK*****

Evanilza Rocha Franco Barros - Escrivente
Carimbo: 614047 Total: R\$ 4,16 Padrão: 133
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICADOR

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

Nº CK 750501



HRHG



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Av. José Mendes Lobo, 1523 - Centro - Ceará - CEP: 61.640.000 - CNPJ: 15.831.652/0001-26 - Fone: 085-3237-1878

Cartório Jurema - Tel.: 85-3237-1878
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Reconhecido por AUTENTICADOR DE FIRMA(s) da:

PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS*****

Do qual sou fio Caçula-CE/DE 02 de agosto de 2018
Selo(s): 761732-CK*****

Evanilza Rocha Franco Barros - Escrivente
Carimbo: 615662 Total: R\$ 4,16 Padrão: 133
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICADOR





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAUDE
HOSPITALAR

Emitido em: 20/07/2018 12:48:1

Por: EDUARDO MOREIRA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL | | | | DATA/HORA: 15/04/2018 08:04:58 | |
|--|--|------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | | |
| CNS: 705200468546875 | NOME: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS | | | Registro: 5558620 | |
| CPF: 83369194315 | RG: 97002551062 | D. NASC.: 29/12/1979 | ESTADO CIVIL: | SEXO: F | RAÇA/COR: Parda |
| NOME DA MÃE: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO | | NOME DO PAI: JOSE MARIA DE ARAUJO | | | |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua | | ENDERECO DO PACIENTE: BREJO SANTO | Nº: 197 | BAIRRO: MARECHAL RONDON (LÍBREMA) | |
| COMPLEMENTO: | TELEFONE: 32594303, | MUNICÍPIO: CAUCAIA | UF: CE | CEP: 61852580 | |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL | | | | | |
| NOME: samu 911 con jacqueline corrêa | | PARENTESCO: | TELEFONE: | | |
| ACIDENTE DE TRABALHO | | | | | |
| TIPO DE VÍNCULO: | CBO DO EMPREGADO: | CNPJ DO EMPREGADOR: | CÓDIGO DO CNAE: | | |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | | | | | |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou camioneta | | | | | |
| QUEIXAS: colisão moto carro com trauma de face e trauma em perna esq com contusão | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: dor moderada | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública | Escala de Dor: Moderado | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO | | | |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: | | | | | |
| ATENDIMENTO MÉDICO | | | | | |
| Anamnese: | | | | | |
| Exame Físico: <i>20/07/2018</i> | | | | | |
| Conduta: <i>Eduardo Moreira</i> | | | | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: | |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: | |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: | |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO: | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: |





COMPRA E SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S.A.

REC.

08 AGO 2018

Name: _____

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

REC.

08 AGO 2018

Name:

RECEITUÁRIO

Nome:

RG/Prontuário:

- Fisioterapia V
o MSE (30m)
WT: Prática normal de
exercício em ambulatório

Data: 28/06/18


Dr. José Fernando
Frumento - Ortopedista

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.002 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: _____

O Sr.(a) Hau mundo Nomata do Araújo.

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 1 / 1, às : h.

Tendo como causa do socorro Fratura dos ossos

proximal Esquerdos

(CID S72.0)

Observações: Está internado neste serviço
para realizar tratamento ciru-
gico, seu alta prevista

Fortaleza, 30 de 04 de 20018

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: 140.011.011-01

Marcelo Britto Felipe
CRM-FCE
CREMEC 19026

Modelo 002 Word/OPM Boletim de Emergência Reg.doc





Prefeitura de
Fortaleza

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: Rommel N. da S.

BE / Prontuário: _____

ATESTADO

Até o presente momento apresentava sintomas de tricotilogo menor do tipo higiénico iniciando há 15 dias corrente dias atendendo ao colarinho e de adueça.

CID: S72.9

Data: 15/09/18


Ass./Carimbo do Médico

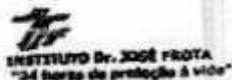
MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148x210).
P Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 - Fortaleza, Ceará
(85) 3255-5000.



COMPRE SEGUROS
E PREVIDÊNCIA SA

08 AGO 2018

Nº 200:

**RECEITUÁRIO**

Nome:

Rita Maria de Araújo
BB/Prontuário:

-Solicito fisioterapia V
o mês (30)

W/T: pratica maximal de
exercício em casa.

Data: 28/06/18



Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A4 (148X208).





COMPRESOROS
E PREMIANDA S.A.

| | |
|-------------|-------------|
| REC | 08 AGO 2018 |
| Name: _____ | |



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: _____

O Sr.(a) Raimunda Nogueira do Prado.

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 1/1/18, às : : h.
Tendo como causa do socorro Fratura do fêmur
proximal Esquerdão
(CID S72.0)

Observações: Está internada neste serviço
para realizar tratamento cirúrgico, seu alta prevista

Fortaleza, 30 de 04 de 20018

Médico de Plantão - CRM: _____

CPF: 140.300-000-000-000

Boletim de Emergência Reg.:



RECEITUÁRIO

Paciente: Romualdo N. da C. da Silv-
BE / Prontuário: _____

ATESTADO

Atento que o paciente apresenta
padron de tracotor menor do que
exigido relativamente de 15 dias
corrente dos ultimos colaramos
e de adequado.

017.572.3

Data: 15/01/11


Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148x210).
► Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará
(85) 3255-5000.



RECEITUÁRIO
Nome: Alexandria Santos BE/Prontuário:

- Paciente de alta da
família.

Data: 23/08/18


Dr. Rosana Fernandes
Oftalmologista
CRM: 100.000

Assinatura e Carimbo do Médico



PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.002 Versão 1 - #1/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

MS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

PAG.:

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 06/2018

DATA: 01/06/2018

Num AIH: 231818221673-8 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 06/2018 Data de Emissão: 03/05/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0235 ✓ Leito: 0001 ✓
Doc autorizador: 201700675690@18 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solic: 206633842350003
CNES: 3969000 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 705200468546875
Paciente: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS ✓ Prontuário: 2445885 Laudo:
Data Nasc.: 29/12/1979 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 97802551082
Responsável pac.: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS Nome da Mae: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO
Endereço: BREJO SANTO, 197 - MARECHAL RONDON JUREMA Raça/Cor: PARDA
Município: 230378 - CAUCAIA UF: CE CEP: 61600-004 Telefone: (85)9877.18196
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.? Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: 5723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Obito: -

Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 03/05/2018 Data saída: 07/05/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: ✓

==[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo com a previdência: -

CB0: -

==[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]

| Linha Ato/Proced | PF | IE | CB0 | CNES/CNPJ | Apurar | Valor p/ Qtde Cmpt | Descrição |
|------------------|--------------------------------|---------|--------|-----------------|---------|--------------------|---|
| 1 | 04.08.05.051-9/206633842350003 | 1 | 225270 | 206633842350003 | 3969800 | | 1 052018 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFI |
| 2 | 04.08.05.051-9/210157919150018 | 6 | 225151 | 210157919150018 | 3969800 | | 1 052018 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFI |
| 3 | 07.02.03.091-8/09069959000158 | 0 | | 09069959000158 | 3969800 | | /1 052018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARG |
| 4 | 04.08.05.066-7/206633842350003 | 1 | 225270 | 206633842350003 | 3969800 | | /1 052018 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESAO AGUDA CAPS |
| 5 | 04.08.05.066-7/210157919150018 | 6 | 225151 | 210157919150018 | 3969800 | | /1 052018 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESAO AGUDA CAPS |
| 6 | 08.02.01.001-6/ | 0 | | 3969800 | 3969800 | | /1 052018 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESAO AGUDA CAPS |
| 7 | 04.01.01.001-5/206633842350003 | 6 | 225270 | 206633842350003 | 3969800 | | /4 052018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO) |
| 8 | 02.04.06.011-7 | 3969800 | 0 | 3969800 | 3969800 | | /2 052018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO |
| | | | | | | | /1 052018 RADIOGRAFIA DE COXA ✓ |

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA SIA.

REC REC 26 SET 2018

==[VALORES DA PRÉVIA]

| Forma de Organização | + Serv. Hospitalar +----- Serviço Profissional -----+ +----- | | | | | | |
|-----------------------------|---|------------------|------------------|-----------|------|--------|----------|
| | +---- Direto -----+ +---- Direto -----+ +---- Rateado -----+ +----- | | | | | | |
| | Próprio Terceiro | Próprio Terceiro | Próprio Terceiro | + Total + | | | |
| 04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS | | 64,88 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 64,88 |
| 04.08.05 MEMBROS INFERIORES | | 1.048,83 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 397,97 | 0,00 |
| 07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA | | 296,13 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 296,13 |
| 08.02.01 DIARIAS | | 32,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 32,00 |
| | Total Geral: | 1.441,76 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 397,97 | 0,00 |
| | | | | | | | 1.839,73 |

==[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]

| Linha Nota Fiscal | CNPJ Fornecedor | Lote | Série | Registro ANVISA | CNPJ Fabricante |
|--------------------|-------------------------------|------|--------------|---|-----------------|
| 3 21218 ✓ | 09.869.959/0001-58 ✓ | | | | |
| Número de Nascidos | Número de Saídas | | N. Pré-Natal | Dra. Surama Elarrat Médica Auditora CREMEC 6175 | |
| Vivos: 0 Mortos: 0 | Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0 | | | | |

De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600083975
NÚMERO DA AIH: 2318102216738

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 705200468546875 - RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 29/12/1979 - 38 anos

NOME DA MÃE: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO

NOME DO RESPONSÁVEL: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

ENDEREÇO: RUA BREJO SANTOS, N° 197 - JUREMA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230370 - CAUCAIA

UF:

SEXO: FEMININO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 32594303

BAIRRO: MARECHAL RONDON

CEP: 61652580

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S722 - Fratura subtrocantérica

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050632-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

CARATER DA INTERNAÇÃO: INTERNAÇÃO EM AIH DE ALTA COMPLEXIDADE

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170158166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 03/05/2018 - 09:13 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 17/05/2018 - 09:10

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APlica



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e
Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do
SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: cearane-1086 - UNIDADE: UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

705200466546875 - RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS

SANTOS

CNS - PACIENTE

NOME DA MÃE

FRANCISCA LEDA DE ARAUJO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5558620

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

29/12/1979 - 38 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 32594303

ENDEREÇO

RUA BREJO SANTOS, N° 197 - JUREMA

BAIRRO

MARECHAL RONDON

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAUCAIA

Plantonista

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDA PARA HOSPITAL DE APOIO
INSTITUTO PRAXIS.

Solicitação

12600083975

NÚMERO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

SITUAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

CENTRAL DE REGULAÇÃO

03/05/2018 - 09:13

DATA - HORA

PROFISSIONAL

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050832 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
TRANSTROCANTERIANA

PROCEDIMENTO REALIZADO

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA

4 - INTERNAÇÃO EM AIH DE ALTA COMPLEXIDADE

CLÍNICA COMPLEMENTAR

5 - INTERNAÇÃO LOCAL

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5722 - Fratura subtrocantérica

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

**PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE COM FRATURA TRANSTROCANTERICA DE
FEMUR, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA SIA.

REC. 26 SET 2018

WORX

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
 AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
 CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]===[

| | | | | |
|---|---------------------------------------|-------|----------|-------------------|
| Número | Data | Hora | Convênio | Classificação |
| 201821001974 | 03/05/2018 | 11:28 | PRAXIS | SEM CLASSIFICAÇÃO |
| Caráter de Atendimento | | | SISREG | AIH |
| ELETIVO | | | | |
| Origem do Paciente | Clínica/Especialidade | | | |
| IJF | CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA | | | |
| Médico Solicitante | Médico Responsável | | | |
| 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO | 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO | | | |
| Procedimento Solicitado | Dias | | | |
| 0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA | 4 | | | |

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]===[

| | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------|
| Nome | Sexo | | | |
| RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS | MASCULINO | | | |
| Nascimento | Idade | Raça/Cor | Estado Civil | Religião |
| 29/12/1979 | 38 Anos | PARDA | CASADO(A) | CATÓLICO (A) |
| Mãe | Pai | | | |
| FRANCISCA LEDA DE ARAUJO | JOSE MARIA DE ARAUJO | | | |
| Conjuge | Responsável | Prontuário | | |
| PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS | FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS | 2445885 | | |
| CNS | Registro | Documento Informado | | |
| 705200468546875 | 201802570001939 | RG: 97002551082 | | |
| País | Município de Naturalidade | CEP | | |
| BRASIL | MORRINHOS/CE | 61600-004 | | |
| Município de Residência | Logradouro | | | |
| CAUCAIA/CE | RUA BREJO SANTO | | | |
| Número | Complemento | Bairro | | |
| 197 | | MARECHAL RONDON (JUREMA) | | |
| Fone Móvel | Fone Fixo | Ponto de Referência | | |
| (85)3259.4303 | (85)9877.18196 | | | |
| Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) | | | | |
| EMPREGADO FORMAL / GUARDA-CIVIL MUNICIPAL | | | | |
| ===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]===[| | | | |
| Em caso de urgência avisar | Acomodação/Leito | | | |
| FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS - SOGRA | 196702 235 1 | | | |
| Tipo de Acomodação | Clinica | Posto de Enfermagem | | |
| OBSERVAÇÃO | CLÍNICA MÉDICA | EMERGÊNCIA | | |
| Atendente: maria.nataly | Data: 03/05/2018 | Hora: 11:41:27 | Tempo: 00:13:05 | |

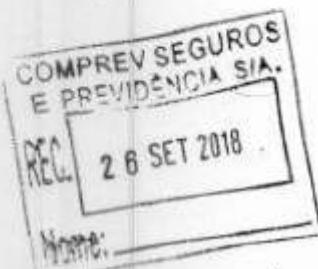
===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]===[

FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 03 de maio de 2018

RESPONSÁVEL *Francisca Leandro dos Santos*

TESTEMUNHAS



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201821001974 03/05/2018 11:28 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408050632 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

===[ACOMODAÇÃO]==

| Acomodação/Leito | Tipo de Acomodação | Clinica | Posto de Enfermagem |
|------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| 235/1 | APARTAMENTO SIMPLES | CLÍNICA CIRÚRGICA | POSTO DE ENFERMAGEM 0 |

===[PACIENTE]==

| | | | | |
|--------------------------------------|---------|--------------|------------|-----------------|
| Nome | | Sexo | | |
| RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS | | MASCULINO | | |
| Nascimento | Idade | Religião | Prontuário | Registro |
| 29/12/1979 | 38 Anos | CATÓLICO (A) | 2445885 | 201802570001939 |

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050632 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Data Hora Motivo

07/05/2018 16:02 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 07 de maio de 2018

Responsável/
Representante Legal

Raimunda Nonata de Souza

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Giovana Melo Rodrigues

Nome Legível

Assinatura/Carimbos
COMPRA DE MATERIAIS
E PREVIDÊNCIA SIA.





H O S P I T A L
FERNANDESTÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

25/10/18

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nome do paciente: | Raimunda Moneta de Araújo dos Santos | | | | | | |
| Nº Prontuário: | | | | | | | |
| Clinica: | | | | | | | |
| Cirurgião: | Dr. Fábio Fernandes | | | | | | |
| Anestesista: | Dr. Sérgio Marques | | | | | | |
| Tipo de Anestesia: | De baixo com Fornas + Nitro + Cíclico | | | | | | |
| 1 Auxiliar: | — | | | | | | |
| 2 Auxiliar: | — | | | | | | |
| 3 Auxiliar: | — | | | | | | |
| Instrumentadora: | | | | | | | |
| Circulante: | | | | | | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório: | Fratura da fíbula esq. | | | | | | |
| Tipo de Operação Código: | 515030013 | | | | | | |
| Pelvis metáfisica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diagnóstico Pós-Operatório: | Fratura no fêmur E-408050519 | | | | | | |
| Relatório Imediato do Patologista: | | | | | | | |
| Exame Radiológico no ato: | Fractura fragmentar no fêmur E-408050667 | | | | | | |
| Acidente e Incidentes: | | | | | | | |

Contagem de Compressas:

| | Início da Cirurgia 13:00 | Término da Cirurgia 14:30 | Duração da Cirurgia 1:30 | |
|---|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| | Início do Oxigênio | Término do Oxigênio | Duração do Oxigênio | |
| Duração da Anestesia (Total de Minutos) | | | Minutos c/ Acréscimo | |

| Anestesia Ocorrências Principais | Classificação da Cirurgia: |
|----------------------------------|----------------------------|
| | LIMPA: |
| | POT. CONTAMINADA: |
| | CONTAMINADA: |
| | INFECTADA: |

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista



DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

- Faz exérbito dorsal sob anestesia
- Dissecção do MIE
- Aproximar os fêmures
- Injerto lateral na coxa E, se estendendo até o joelho E
- Retirar capsula - ligamento lateral do joelho E
- Realizar da fratura na diáfise do fêmur E, que foi fixada com placa DCP larga de 8 furos, mais 5 parafusos
- Drilhos de sucatas
- Sustentar por planos
- Cirurgico

Dr. Josafa Fernandes
Traumato - Ortopedista
CRM-DF: 0101 CPF: 007.461.111-11

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA SIA.

REC. 26 SET 2018

NOME:

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201821001974 03/05/2018 11:28 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408050632 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

===[ACOMODAÇÃO]==

| | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| Acomodação/Leito 235/1 | Tipo de Acomodação APARTAMENTO SIMPLES | Clinica CLÍNICA CIRÚRGICA | Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 0 |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|---|

===[PACIENTE]==

| | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Nome RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS | Sexo MASCULINO | | | |
| Nascimento 29/12/1979 | Idade 38 Anos | Religião CATÓLICO (A) | Prontuário 2445885 | Registro 201802570001939 |

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050632 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Data Hora Motivo

07/05/2018 16:02 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 07 de maio de 2018

Responsável/
Representante Legal

Rafaella Jéssica de Souza
Nome Legível

Assinatura

Giovana Melo Rodrigues
Enfermeira
COREN 464917

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Giovana Melo Rodrigues
Nome Legível

Assinatura/Carimbo





H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO
Av. Francisco Sa, 5445 - Álvaro Wayne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 05/05/13

Nome do paciente:

Categoria:

Nº Prontuário:

Leito:

Clinica:

Cirurgião:

Anestesista:

Tipo de Anestesia:

1 Auxiliar:

2 Auxiliar:

3 Auxiliar:

Instrumentadora:

Circulante:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tipo de Operação Código:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente e Incidentes:

4 1 5 0 3 0 0 13

Fistula na parede E-408050519

Fistula na parede E-408050667

Contagem de Compressas:

| | Início da Cirurgia 13:00 | Término da Cirurgia 14:30 | Duração da Cirurgia 1:30 |
|---|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | Início do Oxigênio | Término do Oxigênio | Duração do Oxigênio |
| Duração da Anestesia (Total de Minutos) | | Minutos c/ Acréscimo | |

Anestesia Ocorrências Principais

Classificação da Cirurgia:

LIMPA:

POT. CONTAMINADA:

CONTAMINADA:

INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista



MODELO 8.0

