

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11790935

A/C: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540144 ASL-0384950/17
Vítima: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
Data Acidente: 10/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2017

Carta nº: 11810193

A/C: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

Sinistro: 3170540144 ASL-0384950/17
Vítima: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
Data Acidente: 10/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Novembro de 2017

Carta nº: 11901482

A/C: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

Sinistro: 3170540144 ASL-0384950/17
Vítima: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
Data Acidente: 10/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 0000025250-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

COMPANHIA SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
10/04/2017 03 OUT 2017

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO EIVALDO BERNARDO DE LIMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2529699-92 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 28/09/92 E
CPF 891745183-72 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fco EIVALDO B. DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 25250-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Em, Poupança de 25 de Setembro de 2017
LOCAL E DATA

Francisco Eivaldo Bernardo de Lima
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s Legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

S8



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1383 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/09/2017 12:28:55**
Data / Hora da Ocorrência: **10/04/2017 11:45:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FRANCO MAGALHÃES**
Complemento:
Bairro: Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **PERTO DO MERCADO CENTRAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA**
Nascimento: **10/04/1971** CPF: **891.745.183-72**
RG: **252969992** Orgão Emissor: **SSPDC** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDO BERNARDO DE LIMA**
JUVENAL PEREIRA LIMA
Endereço: **SITIO SANTO ANTÔNIO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP: **63.600-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUZ3768** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2KC1670BR329333** Renavam: **279465424** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **SAMUEL BEZERRA DE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o noticiante, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que na hora, dia e local acima informados conduzia a motocicleta acima identificada quando um outro motociclista colidiu na motocicleta do declarante, que veio ao chão; Que a vítima fora socorrida por populares e levado ao Hospital Municipal de Senador Pompeu-CE, onde recebeu atendimento médico; Que, posteriormente, fora encaminhado para o Hospital Batista Memorial, onde foi atendido; Que o declarante apresentou cópias dos seguintes documentos: RG, CPF, CRLV da motocicleta, ficha de atendimento médico do Hospital Municipal de Senador Pompeu, prescrição médica e evolução de enfermagem, resultado de exames, CNH, RG e CPF de duas testemunhas. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:****ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Francisco Evaldo Bernardo de Lima****VISTO DO DELEGADO(A):**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1383 / 2017

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 2529699-92 e inscrito no CPF/ME sob o nº 891.745.183-72, residente e domiciliado na SETLO SANTO ANTONIO - SENADOR POMPEU, Cidade SENADOR POMPEU, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Declaração de Inexistência de IML

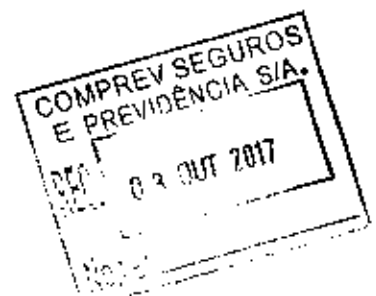


Francisco Evaldo Bernardo de Lima

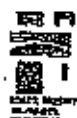
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SENADOR POMPEU-CE 25/09/17

Local e data



OK



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 10.4.71

Francisco Euclides Bernardino de Lima

Profissão: Agricultor Idade: 45 Cor: Rd Sexo: M Estado Civil: Casado Naturalidade: Quixeramobim Nac: 3

Residência: Rua Unipapeira

Pai: Juvenal Pereira Lima

Mãe: Benimunda Bernardino de Lima

Responsável: Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- ☐ Andando ☐ Regular
- ☐ De Automóvel ☐ Passando Mal
- ☐ Ambulância ☐ Comatoso
- ☐ Aparentemente bem ☐ Com Hemorragia

Atendimento

SUS

Data

10.04.17

Hora

12:05

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pt. Juvenal de Acidente de Trabalho com
trauma no abd., fêmur e tórax. Contusões
na D.

SPO2 98%. FC: 67.

Comprovação de ato declaratório



DADOS CLÍNICOS

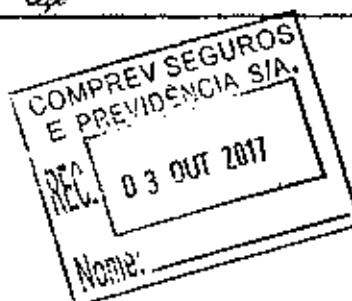
DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AXILAR	RETAL	
110	80				

Acid. Met.

TRATAMENTO:

- Soro
- Cateter IV 12/17
- 500.5g Soro
- Penicilina IV 16/17



0301060029

DESTINO DADO AO PACIENTE

- ☒ Residência ☐ Internado
- ☒ Em Observação ☐ Transferido
- ☐ Encaminhado ao Ambulatório
- ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
- ☐ Óbito sem tratamento

Assinatura do Paciente ou Responsável

[Signature]

CONFERE COM ORIGINAL

31/08/2017

Responsável: SAME

CNPJ 07.802.897/0002-44

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Dr. Fernando Higer Fayad F. Vieira
CRMEC - 12721
MEDICO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000025250-8

Nr. da Autenticação 420AD84B149C210E

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

RG nº 2529699-92, data de expedição 28/09/92 Órgão SSP-CE

CPF nº 891745.183-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Comprovante de residência



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO SANTO ANTONIO</u>	
Número	<u>SIN</u>	
Apto / Complemento	<u>ZONA RURAL</u>	
Bairro	<u>Lot Benzim</u>	
Cidade	<u>SENADOR POMPEU</u>	
Estado	<u>CEARA</u>	
CEP	<u>63.600.000</u>	
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> <u>(85) 99989-0779</u>	
E-mail	<u>(85) 98721-2741</u>	

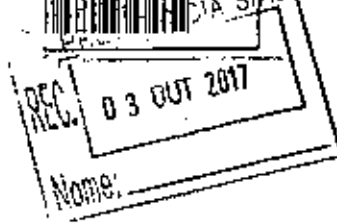
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SENADOR POMPEU-CE 25/09/17

Assinatura do Declarante:

Francisco Evaldo Bernardo de Lima



enel	COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ CNPJ 07.047.251/0001-70. C.G.F. 06.105.848-3 Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135 040 Fortaleza(CE)		Nº da Fatura Original Série Original - 1	
	DADOS DA PERSONA		VIGÊNCIA	
ENDEREÇO: ST SAO ANTONIO 00000 Bairro: DT BONFIM MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU			CEP: 63600000 ESTADO: _____	
RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVA			CENTRO DE FATO SENADOR POMPEU	
Nº DO CLIENTE: 3468495 - 6		ROTA: 027.014006.014.00229000	CLASSIFICAÇÃO: 04-RURAL, MONOFASICA	
MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU		CEP: 63600000		
NOME: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA		SEQUENCIAL: 1		
ENDEREÇO: ST SAO ANTONIO 00000 - DT BONFIM		CCC: 005 C.P.F. 891.745.183-72		
CONTABILIDADE		CÁLCULOS		
Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R\$	
08/2017	19/09/2017	85	41,58	
09/2011	07/10/2011	63	15,91	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			TOTAL A PAGAR 57,49	
enel		RECIBO DE SEGUNDA VIA AGRUPADA-SVA		
COMPROVANTE ENEL		MUNICÍPIO SENADOR POMPEU		
Nº DO CLIENTE 3468495-6		ROTA 027.014006.014.00229000		
		TOTAL A PAGAR 57,49		
		83800000000-9 57490031000-1 00034684950-0 00011431240-0		
				
				

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 EDILENE SOARES ROCHA, portador(a) da CNH nº 04675350149, expedido por DETRAN/CE, em 13/11/2012, CPF/CNPJ nº 25.409.016/0001-83, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

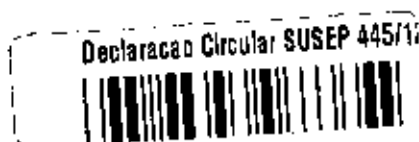
e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO INFORMAR Renda Mensal: RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Edlene Soares Rocha

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



SV



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, SAMUEL BEZERRA DE LIMA
 RG nº 200102/001072 data de expedição 10/02/01, Órgão SSPDC-CE
 portador do CPF nº 008.343.053-99, com domicílio na cidade de
SENADOR POMPEU, no Estado de CEARA
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AVA SAMUEL CAMBARA
, nº 349, complemento BARRAO PATU,
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FRANCISCO
EMILIO BERNARDO DE LIMA, cujo o condutor no momento do
 acidente era FRANCISCO EMILIO BERNARDO DE LIMA

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/CG 150 FAN EST
 Ano: 2010
 Placa: NUZ 3768/CE
 Chassi: 9C2KCL670BR329333
 Data do Acidente: 10/04/2017

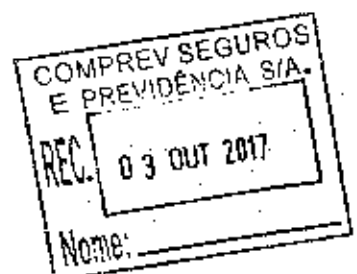
VÁLIDO SOMENTE COMO SELLO DE AUTENTICIDADE	Cartão de Identificação do Boletim de Ocorrência Senador Pompeu - CE - CEP: 63600-000 Telefone: 99026-5261	Marta Neiva Pinheiro Oficiala loteria Danielle de Oliveira Ferreira Oficiala Substituta
	Reconheço a(s) firma(s) de <u>Samuel Bezerra de Lima</u> ☒ Por autenticidade em Teste da Veículo ☐ Por Semelhança. Dou fé. Senador Pompeu, 09/04/17 Danielle de Oliveira Ferreira	

Local e Data: Senador Pompeu - CE 09/09/17

Samuel Bezerra de Lima
 (Assinatura do Declarante)

Francisco Evaldo Bernardo de Lima
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.M. 10.4.71

Francisco Geraldo Bernardino de Lima

Profissão Agricultor	Idade 49	Cor Pb	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade Quixeramobim	Nac. 9
Residência Rua J. J. J. J.						
Pai Mural Pereira Lima						
Mãe Raimunda Bernardino de Lima						
Responsável						Telefone

O Paciente chegou ao hospital				Atendimento SUS	Data 10.04.17	Hora 12:05
☐ Andando	☐ Regular	☐ De Automóvel	☐ Passando Mal	☐ Acidente de Trabalho		
☐ Ambulância	☐ Comatoso	☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia	Local		

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pt. João de Achete com Malária com
febre alta, fôlego e peso com contos
no D.
SPO2 98% FC: 67.

Documentação médica - hospital



DADOS CLÍNICOS

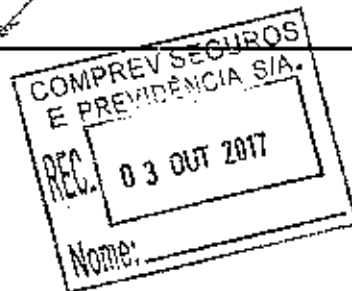
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
110	80				

DIAGNÓSTICO

Acid. Met.

TRATAMENTO:

- Sulfato
- Cotrimoxol IV 12/24
- Sulfato de Seco
- Paracetamol IV 16/24



0301060029

DESTINO DADO AO PACIENTE

☒ Residência	☐ Internado
☒ Em Observação	☐ Transferido
☐ Encaminhado ao Ambulatório	

☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.

☐ Óbito sem tratamento

Assinatura do Paciente ou Responsável

[Signature]

CONFERE COM ORIGINAL
31/09/2017
Responsável: SIAE
CNPJ 07 602 697/0002-44

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CRM/EC 12721
MEDICO



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 horas de proteção à vida

União - 12600060374

Fortaleza 2

Atuando em nome de

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

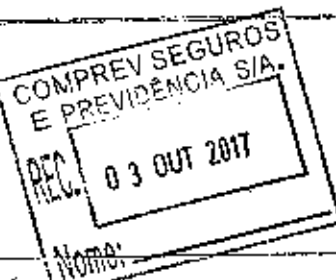
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
2 - CNES: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL BASTA MORAL
4 - CNES: 11111

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: FERNANDO TAVARES ESTRELA DE LIMA
6 - Nº PRONTUÁRIO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA NASCIMENTO:
9 - SEXO: MASCULINO
10 - RAÇA/COR:
10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE: RAMUNDA BERNARDE DE LIMA
12 - TELEFONE DE CONTATO:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: SANTO ANTONIO
14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): SANTO ANTONIO, SEM NÚMERO, JARDIM PAZ
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SENADOR POMPEU
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:
18 - UF: CE
19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
DESOLUÇÃO DENTÁRIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL,
MOBILIDADES DOS COTOS FRACTURADOS.



21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: CIRURGIA SOB ANESTESIA GERAL
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
RAIO X CIDE E EXAME CLÍNICO
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: PROFIJA DE MANDÍBULA
24 - CID 10 PRINCIPAL: S026
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
26 - CID 10 TERCIÁRIO:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA simples de mandíbula
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 06.05.05.004-3
29 - CLÍNICA: BMF
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: FLUTUO
31 - DOCUMENTO: () CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: 330603103-78
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Manoel José de Jesus
34 - DATA SOLICITAÇÃO: 19/10/17
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

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

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente
CNES 07.000000001-34

07



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - H M
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 19/04/2017
HORA: 21:44:48

42960

Prontuário
176999

Atendimento
22479

Reserva/Guia
12600060374

Data 19/04/2017 Hora 21:30

Paciente
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA [CPF:]
Endereço
SÍTIO SANTO ANTONIO
Bairro
ZONA RURAL
Nome da Mãe
RAIMUNDA BERNARDO DE LIMA
Responsável
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
Bairro
ZONA RURAL

Sexo Est. Civil
M Casado
Dt Nasc. 10/04/1974
Telefone 88
999974663
R.G. 2529889-92
Profissão
Num. Complemento
S/N
Cidade
SENADOR POMPEU

Código CNS
708604571662186

UF
CE

Endereço
SÍTIO SANTO ANTONIO
Cidade
SENADOR POMPEU

Num. S/N
Cep
Telefone

Médico Atendente

258330 FRANCISCO DE ASSIS SILVA [CRM: 0809] [CPF: 3363059391]

Procedimento

0484020500 OSTEOSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA

Médico Acompanhante

258330 FRANCISCO DE ASSIS S [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]

Cia

S026 FRAT DE MANDIBULA

Origem

PACIENTES DO UF

Convênio
2401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUS

Acomodação

POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016114 - ENFERMARIA 313 LEITO: 29 / 313-20

Data mín. para alta - 19/04/2017

Data máx. para alta - 22/04/2017

Atendente -

ANGELMARQUES XAVIER DE FREITAS

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 19/04/2017 Data alta 29/04/2017
Internação anterior...? [] Sim [] Não Hora admissão 21:30 Hora alta 19:30
Alta.....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica...: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: [X]
Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evaseo.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

Internação...: fratura de mandibula 50216

Definitivo...: O mesmo 50216

Histórico:

Paciente apresentando limitação de abertura bucal, alongamento da mandíbula e alteração da articulação temporomandibular, devido a fratura de mandíbula, o qual foi realizado osteossíntese da fratura de mandíbula.

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X:

[] Simplex
[] C/Contraste

Uti

Entrada ____ / ____ / ____
Saída ____ / ____ / ____

Motivo

[] Sangue...: [] Rh...: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

Caract. Trat.

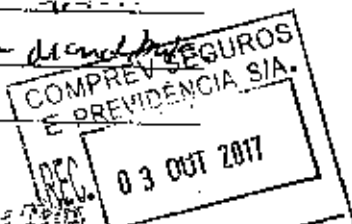
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

Assinatura do Paciente

RG

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ 07.266.366/0001-34

conferido
07/06/17



Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Médico
05/05/2017

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

DATA	HORA	•EVOLUÇÃO•
24/04/17		Paciente em 2º DPQ de osteosintese de fratura de mandíbula. Exame ambulatorial supnar e apêlul. No exame apresenta edema compatível com procedimento cirúrgico, sem sinais de infecção ou desconforto da sutura. BOM com elástico. Relato contínuo. C quando Pararódica. C quando melhora p/ problema alla localida.
		<i>Dra. Sueli Sampaio Muniz Barbosa</i> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente CRO 7815 <i>SIGNADO: R. J. Pararódica</i> CONVÊNIO: <i>br 5</i> DATA: <i>24/04/17</i>
25.04.17	08:00	PACIENTE EM SEU 3º DPQ DE OSTEOSINTESE DE FR. DE MANDÍBULA. Exame ambulatorial supnar e apêlul. No exame apresenta edema compatível com o procedimento cirúrgico realizado, sem sinais de infecção ou desconforto de sutura. BOM com elásticos e elástico. #C.D.: ① Quando melhora clínica para posterior alta hospitalar.
		<i>Dra. Rucimete Teles</i> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente - CRO-CE 8112
26/04/17	# 08F	PACIENTE EM SEU 4º DPQ DE OSTEOSINTESE DE FR. DE MANDÍBULA. Exame ambulatorial supnar e apêlul. No exame apresenta edema compatível com procedimento cirúrgico, sem sinais de infecção ou desconforto de sutura. Relato BOM com elásticos. CD: ① Quando melhora p/ quadro p/ posterior alta.

NOME: Enel - Renato

APTO/LEITO: 101

CONV.: 1001 - 34

REAT-REV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A
 01/07/2017
 CNPJ: 07.200.000-00
 NOME: Enel - Renato



**HOSPITAL
BATISTA
MEMORIAL**

8021-7

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE

Francisco Evaldo Barilando de Lima

Nº DO PRONTUÁRIO

176944

Nº CONTROLE

TIPO DE CIRURGIA

Artroscopia de Fraturas complexas de Mandíbula

APTO / ENR

X5

LEITO

CATEGORIA

CIRURGIÃO

R. Diego Feijão

TEMPO DE SALA

1h 30 min

TEMPO DE OXIGÊNIO

1h 30 min

IDADE

46

PESO

75kg

ALTURA

SEXO

M

TEMPERATURA

PULSO

63

RESPIRAÇÃO

PR. ARTERIAL

90x54

DATA DA ANESTESIA

24/01/17

Tipo Sanguíneo

Hemátios

Hemoglobina

Hematócrito

Glicemia

Ureia

Urina

Ap. Respiratório

X

Ap. Circulatório

X

Ap. Digestivo

Jejum + 8h

Dentes

Ap. Urinário

X

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura de Mandíbula

Anestésias Anteriores

X

Medicação Pré-Anestésica

X

Hora

Efeitos

X

Hipotensores

Outras

HORÁRIO

11:15 → 12:45

Agulha Anestésica

1x

Líquidos

1x

11:15 → 12:45

INDUÇÃO

Satisfatório

Excitação

Tosse

Laringoespasmo

Lenta

Náuseas

Vômitos

Outros

MANUTENÇÃO

Fratura 350mg

Clonidina 75mg

Propofol 200mg

Suconilina 70mg

Cisatracurium 100mg

Propofol 100mg

Respiração 100%

Reflexos na S.O.

Excitação

Outros

Condições

Perda Sanguínea Aproximada

Volume Sanguíneo Estimado

Duração da Anestesia

Assinatura do Anestesiologista Responsável

CRM 176944

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

APAM OFC

R

POSIÇÃO

Decúbito lateral

AGENTES

Respirador no lado

OPERACÃO

Artroscopia Fraturas complexas de Mandíbula

CIRURGIÕES

R. Diego Feijão + Dr. Nef

ANESTESISTAS

Dr. Carlos Ramos

8985-0

FIOS CIRÚRGICOS

DECLARAÇÃO

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

paciente Francisco Evildo Bernardo de Lima
tendo realizado exatantes de fratura complexa de maxilar
utilizei os fios abaixo relacionados: _____ quando

Aciflex	_____	Unidades
Cat gut cromado	_____	Unidades
<u>abuelas</u>	<u>2.0 S / AG 1</u>	Unidades
Cat gut simples	<u>2.0 S / AG 1</u>	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Mersilene	_____	Unidades
Mononylon	<u>5.0 S / AG 11</u>	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Policot	_____	Unidades
Prolene	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Seda	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Vicril	<u>3.0 S / AG 1</u>	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Total	_____	Unidades

Obs.: proteção 176999
teste 320

com. S.U.S
idade 46 anos

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.000.000/0001-34

22-04-2017

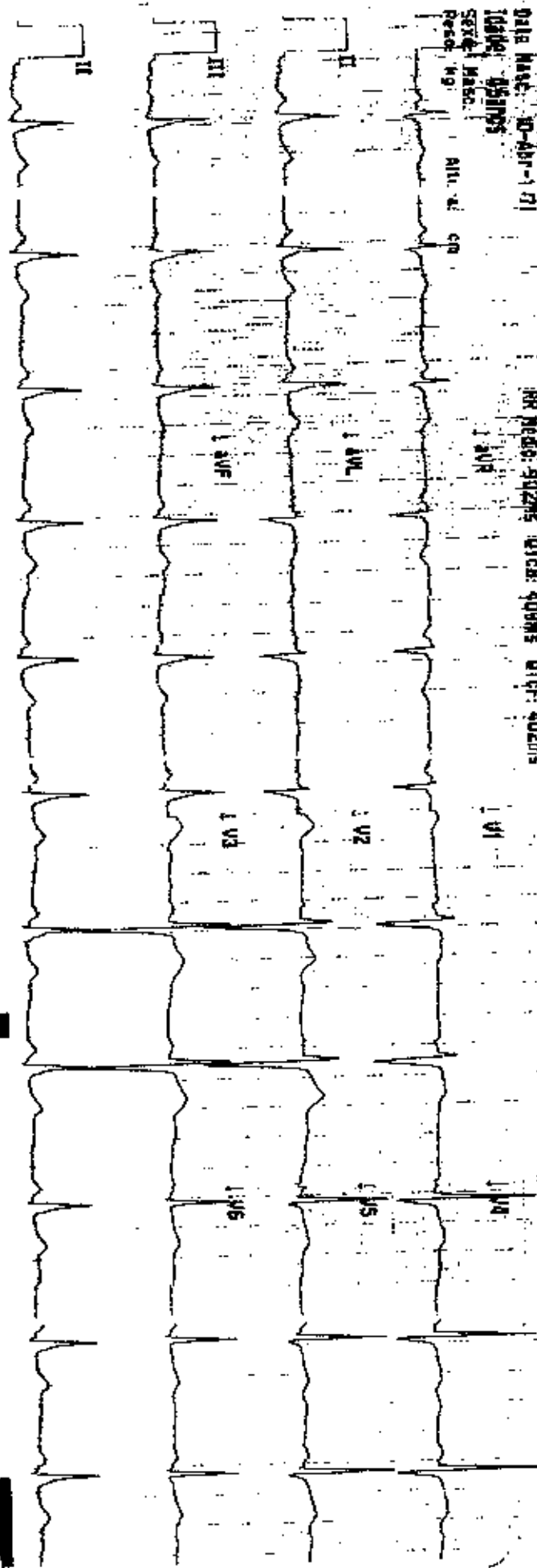
Med. Assist.: Dr. Diego Feijão
CRM.: N° 12
Cirurgia e Traumatologia
Odontomaxilofacial
CRO/CE 6947

COMPREV SEGUROS
PREVIDENCIA S/A.
03 OUT 2017
Nome: _____

Nome: FRANCISCA ARAI
 Sobrenome: BERNARDI DE LIMA
 N. Atend: 320
 Data Nasc: 10-Abri-71
 Idade: 45anos
 Sexo: F
 Peso: 60
 Alt: 1.60

20-Abri-2017 13:13:29 Freq Vent: 66 BPM
 Eleva p-R-T: 57, 81, 67 Intervalo PR: 13,05
 DIF QRS: 110ms QT/QTc: 389/403ms
 RR Med: 90Zms QRS: 408ms QTc: 402ms

20-Abri-2017 13:13:29



150/30247794

Site Zero

Local: 0 Carro: 0

Versão 2.0.2.6 Sequência: 01255 25mm/s 10mm/mV 0.05 150 Hz M

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 03 OUT 2017



Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
URL: www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **FRANCISCO EVALDO BERNARDO**
Mãe: **RAIMUNDA BERNARDO DE LIMA**
Idade: **10/04/1971**
Sexo: **Masculino**
Médico (a): **MÉDICO NÃO DEFINIDO**
Lettor:

RG:
Apendimento: **1571-30**
Data Entrada: **20/04/2017**
Convênio: **HBMSUS**
Impressão: **20/04/2017 14:00:59**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Materiais: Plasma Citrato de Sódio
TEMPO DE PROTROMBINA

Data coleta: 20/04/2017 11:03
Valor de referência:

Observação: INCOAGULÁVEL APÓS 60 seg
Método: Automatizado - Coagulômetro Coagmaster BR
Liberado por: MARIA GERMANA MORAIS DE SOUSA PINHEIRO

Data de liberação: 20/04/2017 13:28:54

Materiais: Plasma Citrato de Sódio
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA...

Data coleta: 20/04/2017 11:09
segundos

RELAÇÃO.....

Valor de referência: 35,5 segundos
Observação: INCOAGULÁVEL APÓS 120 seg
Método: Automatizado - Coagulômetro Coagmaster BR
Liberado por: MARIA GERMANA MORAIS DE SOUSA PINHEIRO

Data de liberação: 20/04/2017 13:28:54

Materiais: Soro
GLICOSE.....

Data coleta: 20/04/2017
86 mg/dL

Valores de referência: 60 - 99 mg/dL
Obs: esses valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: Peroxidase (PAP) - Colorimétrico Enzimático-PENTRA 400
Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 20/04/2017 14:00





Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
FAX: 85 - 32212800 - PONE: 85 - 32522409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratoriopatologiaedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: FRANCISCO EVALDO BERNARDO
Mãe: RAIMUNDA BERNARDO DE LIMA
DN: 10/04/1971
Sexo: Masculino
Médico Dr(a): MÉDICO NÃO DEFINIDO.
Leito:

RG:
Atendimento: 1571-30
Data Entrada: 20/04/2017
Convênio: HBMSUS
Impressão: 20/04/2017 14:00:59

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Sangue Total
HEMOGRAMA COMPLETO

Hemácias.....: 5,14 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 14,2 g/dL
Hematócrito.....: 41,3 %
VCM.....: 80 fL
HCM.....: 27,7 pg
CHCM.....: 34,5 %
RDW.....: 13,6 %

Valores de referência:
4,5 a 6,0 milhões/mm³
12,5 a 17,5 g/dL
41 a 54 %
80 a 100 fL
27 a 33 pg
32 a 36 %
11 a 14,5 %

Valores Relativos:		Valores Absolutos:		Valores Absolutos:	
	%	5.000 /mm ³	4.000 a 10.000/mm ³		
Leucócitos totais.....		0	0 a 10		0 a 10
Eosíntos.....	0	0	0 a 0		0 a 0
Mieloblastos.....	0	0	0 a 0		0 a 0
Promielócitos.....	0	0	0 a 0		0 a 0
Mielócitos.....	0	0	0 a 0		0 a 0
Metamielócitos.....	0	0	0 a 5		0 a 390
Neutrófilo Bastões.....	0	0	0 a 75		1700 a 7800
Neutrófilo Segmentados.....	51,5	2575	1 a 5		20 a 500
Eosinófilos.....	6,7	335	20 a 50		1000 a 4500
Linfócitos.....	36,2	1810	0 a 0		0 a 0
Linfócitos atípicos.....	0	0	0 a 2		0 a 200
Basófilos.....	0,4	20	2 a 10		100 a 1000
Monócitos.....	5,2	260			

150.000 a 450.000/mm³

Plaquetas.....: 242.000 /mm³

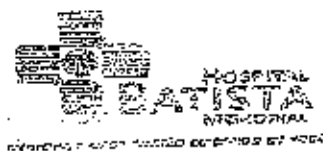
BS:
Hemácias normocíticas e normocrômicas.
Plaquetas morfológicamente normais.
Leucócitos morfológicamente normais.

Método: AUTOMATIZADO - PENTRA 90
Elaborado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 20/04/2017 12:17



Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico



Rua: Professor Dias da Rocha, 2530 - Aldeota

Fone: (85) 3224.54.17 - Fax (85) 3261.1949

C.G.C. 7.263.865/0001-34

TERMO DE CONHECIMENTO

EU, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
CPF. _____ RG. _____ Estou
ciente que o Hospital Batista Memorial não cobra de
pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de
honorários médicos referentes aos internamentos ou
procedimentos hospitalares oriundos do SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE.

ASS. PACIENTE X Francisco Evaldo B de Lima

ASS. RESPONSÁVEL Francisco Evaldo B de Lima

Fortaleza, _____

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.263.865/01-34





Rua: Professor Dias da Rocha, 1530 - Aldeota

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

C.G.C. 7.253.866/0001-34

TERMO DE CONHECIMENTO

EU, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

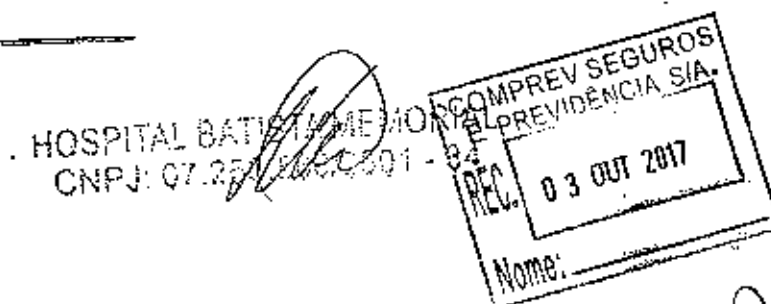
CPF. _____ RG. _____ Estou

ciente que o Hospital Batista Memorial não cobra de
pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de
honorários médicos referentes aos internamentos ou
procedimentos hospitalares oriundos do SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE.

ASS. PACIENTE X Fco. Evaldo B de Lima

ASS. RESPONSÁVEL Fco. Evaldo B de Lima

Fortaleza, _____





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

TERMO DE RESPONSABILIDADE CIRURGIA DE RISCO

Eu, A MESMA, RG: 2529699-92 SSP CE, CPF:
De Lima DOCUMENTO:

, Responsável pelo paciente: Francisco Evaldo Bernardo

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

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

OBS:

Responsável: A MESMA

Endereço: ST SÍTIO SANTO ANTONIO, S/N, ZONA RURAL

CPF:

RG: 2529699-92 SSP CE

Testemunha:

Endereço:

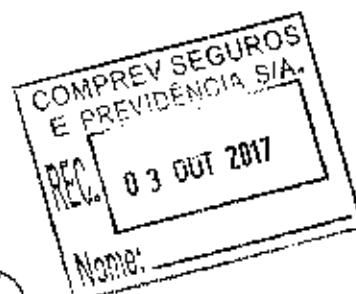
CPF:

RG:

Fortaleza(CE), FORTALEZA, 19 de ABRIL de 2017.

Paciente/Responsável:

Francisco Evaldo B de Lima



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.244.666/0001-34



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
Rua Professor Dias da Rocha, nº 1530 - Aldeota
Fone: (085) 3261 2889 - Fortaleza-CE

TERMO DE RESPONSABILIDADE CIRURGIA DE RISCO

Eu, A MESMA, RG: 2529699-92 SSP CE, CPF:
De Lima DOCUMENTO: _____

Responsável pelo paciente: Francisco Evaldo Bernardo

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

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

OBS: _____

Responsável: A MESMA
Endereço: ST SITIO SANTO ANTONIO, S/N, ZONA RURAL
CPF: _____
RG: 2529699-92 SSP CE

Testemunha: _____
Endereço: _____
CPF: _____
RG: _____

Fortaleza(CE), FORTALEZA, 19 de ABRIL de 2017.

Paciente/Responsável: _____

Francisco Evaldo B de Lima





Phone (85)3224-5417 · Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

03 OUT 2017

03 OCT 2017

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

None

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
19/04/17	*BME	Paciente ferida por vítima de acidente motociclístico dia 10/04/2017 com ferimento em face - fratura orientada anterior e superior. Ao exame apresenta limitação de abertura bucal, desocclusão dentária e mobilidade dos corpos mandibulares fraturados. CD: Solicito RGC e Hemograma CD: Solicito RGC e Hemograma
19/04		Paciente relata um colmo de acidente motociclístico dia 10/04. Exame clínico apresenta sintomas e sinais. Exame físico apresenta limitação de abertura bucal, desocclusão dentária e mobilidade dos corpos mandibulares fraturados. Higiene bucal adequada. RGC e Hemograma.
20/04/17		CD: Solicito RGC e Hemograma e AP de Tomografia

Dr. Murilo Tenente
 Especialista em Cirurgia e Traumatologia
 Bucodentofacial
 CRO 7815

Dr. Luiz Sérgio Menezes Barbosa
 Cirurgia e Traumatologia
 Bucodentofacial
 Residente CRO 7815

NOME:

Francisco Evaldo Bernardo de Lima

APTO./LEITO: 005/00

CONV: 005/00

COMPREV SEGUROS
 PRESENCIA SIA
 03 OUT 2017
 Nome: _____



Phone (85)3224-5417 - Fax (8.)3261-1849

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
03 OUT 2017
Nome: _____

23



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

GASTO CIRÚRGICO

Nome do Paciente:

Fernando de Almeida

Diagnóstico:

Fratura de fêmur

CID: S026

SSM: 04.04.02.050-3

04.04.02.046-2

04.04.02.044-0

Início Término Duração

11:00 11:30 1:30

DIA	MÊS	ANO
24	04	2011
OXIGÊNIO		
Início	Término	
OXIGÊNIO NITRÓGENO		
Início	Término	

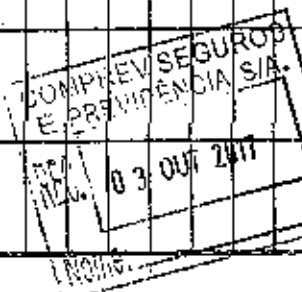
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal, anestesiado.
- 2) Anestesia geral.
- 3) Incisão nos membros.
- 4) Redução da fratura com alívio de 2.0.
- 5) Curativo e bandagem.
- 6) Acesso de acesso + drenagem.
- 7) RN com 4 pontos 2.0.
- 8) Ceftriaxona de 1.0g IV.
- 9) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 10) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 11) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 12) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 13) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 14) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 15) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 16) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 17) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 18) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 19) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 20) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 21) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 22) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 23) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 24) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 25) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 26) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 27) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 28) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 29) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 30) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 31) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 32) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 33) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 34) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 35) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 36) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 37) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 38) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 39) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 40) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 41) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 42) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 43) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 44) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 45) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 46) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 47) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 48) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 49) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 50) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 51) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 52) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 53) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 54) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 55) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 56) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 57) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 58) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 59) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 60) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 61) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 62) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 63) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 64) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 65) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 66) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 67) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 68) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 69) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 70) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 71) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 72) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 73) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 74) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 75) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 76) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 77) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 78) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 79) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 80) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 81) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 82) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 83) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 84) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 85) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 86) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 87) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 88) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 89) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 90) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 91) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 92) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 93) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 94) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 95) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 96) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 97) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 98) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 99) Oxiacetato de 1.0g IV.
- 100) Oxiacetato de 1.0g IV.

TIPOS DE CIRURCIAS

- Limpa: Contaminada
- Potente Contaminada: Infecida
- Cirurgião: Dr. João Carlos
- 2º Auxiliar: Dr. João Carlos
- 3º Auxiliar: Dr. João Carlos
- Perfusorista: Dr. João Carlos
- Anestesiista: Dr. João Carlos
- Circulante: Dr. João Carlos

MATERIAIS	TIPO	QUANT.	MATERIAIS	TIPO	QUANT.	ORTESSES E PEÇAS	TIPO	QUANT.
Aladura de Gesso () cms								
Algodão Óptico	Algodão	02	Algodão 40x12	uni	03			
Acetex			Algodão 25x07	uni	03			
Água Destilada 1000 ml								
Aladura de Trepion () cms			Seringa Descartável (10) ml	uni	02			
Aladura de Trepion () cms			Seringa Descartável (20) ml	uni	03			
Bolsa de Colostomia			Sonda Plástica Nº			Parafusos		
Borracha P/Aspirador (Látex)	uni	03	Sonda Uretral Nº					
Cera P/Osso			Sonda P/Aspiração Nº 14	uni	01			
Compressa de Gaze Pequena			Sonda Foley Nº () Vias			Fio de Steinman		
Compressa de Gaze Grande 4/5	uni	02	Sonda Foley Nº () Vias					
Coletor de Urina Urofix			Gelfoam					
Coletor de Sistema Fechado			Hypaque					
Dreno de Kerr			Solaptes Loggansmith	ml	200			
Dreno Parrose			Algodão 40x12	ml	100	Fio de Kirschner		
Fita Cardaca			Algodão 20x06	ml	0,50			
Faixa de Smarch			SE 8,9%	uni	02			
Mecanismo	uni	10	Seringa 4/5	uni	02	Dreno de Sucção		
Osso	uni	02	Bisturi Elétrico					
Osso	uni	20	Monitor					
Gaze Apolchada			Oxímetro					
Gaze 7,5 x 7,5 1/10	uni	05	Fotolux					
Lâmina de Bisturi Nº 15	uni	01	Microscópio					
Lâmina de Gilete			Gel P/EST	8	0,50			
Luva Cirúrgica Nº 7,0	uni	02	Esparadrapo	cm	100			
Luva Cirúrgica Nº 7,5	uni	03	Micropipeta	cm	0,80			
Luva Cirúrgica Nº 8,0	uni	01	Luas de microscópio	uni	10			
Lâmina	uni	06						
Esparadrapo	uni	01						
Esparadrapo 25x06	uni	01						
Esparadrapo 25x06	uni	01						
Esparadrapo 25x06	uni	05						
Esparadrapo 25x06	uni	01						



GASTO CIRÚRGICO

Nome do Paciente:

Franco

Diagnóstico:

Fratura

CID:

S 0 26

SSM: 01.04.02.050-0
04.04.02.046-0
04.04.02.047-0

Operação de osteossíntese de fratura completa de mandíbula (04.04.02.050-0)
Ressecção de mandíbula (04.04.02.046-0)
Reconstrução de mandíbula (04.04.02.047-0)

Início Término Duração

11:00 12:30 1:30

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) Paciente em posição dorsal anestesiado com intubação nas cavidades
2) Abordagem nos condílios
3) Redução com placa e parafusos
4) Curativo e drenagem
5) Acesso de RSDN + drenagem
6) RN com 4 pontos 2.0
7) Osteotomia de Mandíbula
8) Osteossíntese de Mandíbula com placa e parafusos
9) Osteossíntese de RSDN com placa e parafusos
10) Curativo e drenagem
11) Curativo e drenagem
12) Curativo e drenagem
13) Curativo e drenagem
14) Curativo e drenagem
15) Curativo e drenagem
16) Curativo e drenagem
17) Curativo e drenagem
18) Curativo e drenagem
19) Curativo e drenagem
20) Curativo e drenagem

Nome:

MEDICAMENTOS	TIPO	QUANT.	MEDICAMENTOS/MATERIAIS	TIPO	QUANT.	DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
Adrenalina injt			Abocath			1) Paciente em posição dorsal anestesiado com intubação nas cavidades
Água destilada			Fluothane			2) Abordagem nos condílios
Atropina injt			Halotano			3) Redução com placa e parafusos
Tractium			Keflin 1 gr			4) Curativo e drenagem
Pavulon			Biotin 1 gr			5) Acesso de RSDN + drenagem
Prosignimine injt			Queniceína 1 gr			6) RN com 4 pontos 2.0
Flaxedil injt			Claforan 1 gr			7) Osteotomia de Mandíbula
Orastina injt			Recetin 1 gr			8) Osteossíntese de Mandíbula com placa e parafusos
Efortil ou Efectina			Xilocelina 2% SNaso			9) Osteossíntese de RSDN com placa e parafusos
Quelcin injt			Xilocelina 2% CVaso			10) Curativo e drenagem
Thioneptubul			Xilocelina Pesada			11) Curativo e drenagem
Pentamit injt			Marcalina 5% SNaso			12) Curativo e drenagem
Inoval injt			Marcalina 5% CVaso			13) Curativo e drenagem
Valium			Soro Glicosado 5% 500 ml			14) Curativo e drenagem
Dinorf			Soro Fisiológico 9% 500 ml			15) Curativo e drenagem
Tramal			Soro Glico-Fisiológico			16) Curativo e drenagem
Dolanina			Sol. Ringer CLactato			17) Curativo e drenagem
Dormid			Sol. Eletrolítica 500 ml			18) Curativo e drenagem
Ketalar			Sol. Mantol 250 ml			19) Curativo e drenagem
Larexale			Solu-Cortef			20) Curativo e drenagem
Narcan			Protamina 1000-UI			21) Curativo e drenagem
Scalp			Bicarbonato de Sódio			22) Curativo e drenagem
Equipo p/Soro			Cloreto de Sódio			23) Curativo e drenagem
Equipo Micro-Gotas			Revivan / Dopamina			24) Curativo e drenagem
Eq. Fisiológico			Cloralfedol 150 mg			25) Curativo e drenagem
Eq. Bupivacaína			Eq. Bupivacaína			26) Curativo e drenagem
Eq. Fisiológico			Eq. Fisiológico			27) Curativo e drenagem
Eq. Bupivacaína			Eq. Bupivacaína			28) Curativo e drenagem
Eq. Fisiológico			Eq. Fisiológico			29) Curativo e drenagem
Eq. Bupivacaína			Eq. Bupivacaína			30) Curativo e drenagem

TIPOS DE CIRURCIAS

Limpar:	Contaminada
Potenc. Contaminada:	Infetada
Cirurgião: Dr. João Batista	1º Auxiliar: Dr. João Batista
2º Auxiliar: Dr. João Batista	2º Auxiliar: Dr. João Batista
Perfucionista:	Instrumentalista:
Anestesista: Dr. João Batista	Circulante:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: <u>Enfermeiro</u>		RELATÓRIO		ENFERMARIA/LEITO		CCVNÊNIO:	
DATA	MANHÃ	ARDE	NOTURNO				
13/04/13			Adm. de 10h - 18h. E.B.	M			
			07:46h, paciente ad-	T			
			mitido pela unidade				
			de hospitalização, pro-	N			
			cedida de 10h às 18h				
			procedimento de	M			
			de 10h às 18h, 19h				
			de 10h às 18h, 19h	T			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	M			
			Exatidão, 19h				
			Exatidão, 19h	T			
			Exatidão, 19h	N			
			Exatidão, 19h				

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

REC. 03 OUT 2017

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

COMPREV SEGUROS
E REVIDENCIA SIA.
REC. 03 JUN 2017

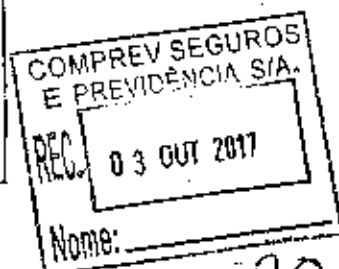
None.

29



Phone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1149

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMEIRA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO	ASS. - ENFERMAGEM
28/09/12	1) Ictio Anticoagulante	30	CONVÊNIO		
	2) Kefaz 1g cv 6/6h PZ	30	30	30	
	3) R. P. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	4) D. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	5) A. 50mg cv 8/8h	30	30	30	
	6) H. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	7) S. 11 + CCG	30	30	30	
	8) L. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	9) A. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	10) S. 11 + CCG	30	30	30	
	11) L. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	12) A. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	13) S. 11 + CCG	30	30	30	
	14) L. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	15) A. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	16) S. 11 + CCG	30	30	30	
	17) L. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	18) A. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	19) S. 11 + CCG	30	30	30	
	20) L. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	21) A. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	22) S. 11 + CCG	30	30	30	
	23) L. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	24) A. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	25) S. 11 + CCG	30	30	30	
	26) L. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	27) A. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	28) S. 11 + CCG	30	30	30	
	29) L. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	
	30) A. 100mg 100mg 12/12h	30	30	30	

Dr. Hugo Matt B. Pessoa
Clínica e Traumatologia
Rua do Meio, 151 - CRUZEIRO
Residência 151 - CRUZEIRO

COMPREV SEGUROS
PREVIDÊNCIA S/A.
3 OUT 2017
Nome:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

COMPREV SEGRS
PREVIDENCIA SIA.
REC 08 OUT 2017
Nome: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
03 OUT 2017
Nome:

NOME DO PACIENTE: <i>João Bráulio Aguiar</i>		ENFERMARIA/LEITO <i>320</i>	CONVÊNIO <i>505</i>	1º PRONTUÁRIO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. - ENFERMAGEM	
<i>22.04.14</i>	① <i>Quita pasta. Liquidificador</i> ② <i>Ketonal 180 mg/16h DS</i> ③ <i>Paracetamol 1000mg/6h S/N</i> ④ <i>Medicam. Rec. 1800 mg/6h S/N</i> ⑤ <i>Atorvastatina 20mg EV 8h</i> ⑥ <i>Ureapirina oral 4x1 dia</i> ⑦ <i>SSV + CCG</i> ⑧ <i>Gluc. mineral 3x1 dia S/N</i> ⑨ <i>Aspirina 100mg 2x1 dia</i>	<i>SND</i> <i>18 24 06 18</i> <i>DS 28 10</i> <i>S/N</i> <i>22 06 14</i> <i>18 24 06 18</i> <i>rotina</i> <i>S/N</i> <i>AT 1</i>	<i>João Bráulio Aguiar</i> <i>08/04/15</i> <i>Rafaela Felis</i> <i>Enfermeira</i> <i>CRM 46855/CE</i>	

RESCRIÇÃO MÉDICA

390

NOME DO PACIENTE	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	ASS. - ENFERMAGEM
DATA		HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO		
26.07.13	1) Dieta Rústica 410g/515000	SND		
	2) Ketazol 1g cv 11h1 DS	18 24 06 18		
	3) Paracetamol 500mg cv 12h1 DS	22 28 10		
	4) Difenidol 25mg cv 12h1 SN	SND		
	5) Paracetamol 500mg cv 18h	22 28 14		
	6) Ketazol 1g cv 18h	18 24 06 18		
	7) Sítio + CEC	Retina		
	8) Círculo Músculo 3d/10a SN	SND		
	9) Paciente expulso da PO	ATI		
	10) Paciente expulso da PO			
	11) Paciente expulso da PO			
	12) Paciente expulso da PO			
	13) Paciente expulso da PO			
	14) Paciente expulso da PO			
	15) Paciente expulso da PO			
	16) Paciente expulso da PO			
	17) Paciente expulso da PO			
	18) Paciente expulso da PO			
	19) Paciente expulso da PO			
	20) Paciente expulso da PO			
	21) Paciente expulso da PO			
	22) Paciente expulso da PO			
	23) Paciente expulso da PO			
	24) Paciente expulso da PO			
	25) Paciente expulso da PO			
	26) Paciente expulso da PO			
	27) Paciente expulso da PO			
	28) Paciente expulso da PO			
	29) Paciente expulso da PO			
	30) Paciente expulso da PO			
	31) Paciente expulso da PO			
	32) Paciente expulso da PO			
	33) Paciente expulso da PO			
	34) Paciente expulso da PO			
	35) Paciente expulso da PO			
	36) Paciente expulso da PO			
	37) Paciente expulso da PO			
	38) Paciente expulso da PO			
	39) Paciente expulso da PO			
	40) Paciente expulso da PO			
	41) Paciente expulso da PO			
	42) Paciente expulso da PO			
	43) Paciente expulso da PO			
	44) Paciente expulso da PO			
	45) Paciente expulso da PO			
	46) Paciente expulso da PO			
	47) Paciente expulso da PO			
	48) Paciente expulso da PO			
	49) Paciente expulso da PO			
	50) Paciente expulso da PO			
	51) Paciente expulso da PO			
	52) Paciente expulso da PO			
	53) Paciente expulso da PO			
	54) Paciente expulso da PO			
	55) Paciente expulso da PO			
	56) Paciente expulso da PO			
	57) Paciente expulso da PO			
	58) Paciente expulso da PO			
	59) Paciente expulso da PO			
	60) Paciente expulso da PO			
	61) Paciente expulso da PO			
	62) Paciente expulso da PO			
	63) Paciente expulso da PO			
	64) Paciente expulso da PO			
	65) Paciente expulso da PO			
	66) Paciente expulso da PO			
	67) Paciente expulso da PO			
	68) Paciente expulso da PO			
	69) Paciente expulso da PO			
	70) Paciente expulso da PO			
	71) Paciente expulso da PO			
	72) Paciente expulso da PO			
	73) Paciente expulso da PO			
	74) Paciente expulso da PO			
	75) Paciente expulso da PO			
	76) Paciente expulso da PO			
	77) Paciente expulso da PO			
	78) Paciente expulso da PO			
	79) Paciente expulso da PO			
	80) Paciente expulso da PO			
	81) Paciente expulso da PO			
	82) Paciente expulso da PO			
	83) Paciente expulso da PO			
	84) Paciente expulso da PO			
	85) Paciente expulso da PO			
	86) Paciente expulso da PO			
	87) Paciente expulso da PO			
	88) Paciente expulso da PO			
	89) Paciente expulso da PO			
	90) Paciente expulso da PO			
	91) Paciente expulso da PO			
	92) Paciente expulso da PO			
	93) Paciente expulso da PO			
	94) Paciente expulso da PO			
	95) Paciente expulso da PO			
	96) Paciente expulso da PO			
	97) Paciente expulso da PO			
	98) Paciente expulso da PO			
	99) Paciente expulso da PO			
	100) Paciente expulso da PO			

Dr. Hugo Thon s/s, 2856 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Residência: 1111 - 1111

Rafaela Felix
Enfermeira
COREN-CE 123456

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome: _____



"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1530 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - CE

Phone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC- 03 OUT 2017

None

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome: _____

NOME DO PACIENTE:	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMARIA/LEITO	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
25.04.17	Dr. Alexandre Bernardes	300		505	
	1) Remédio de 30 dias				
	2) Remédio de 30 dias				
	3) Remédio de 30 dias				
	4) Remédio de 30 dias				
	5) Remédio de 30 dias				
	6) Remédio de 30 dias				
	7) Remédio de 30 dias				
	8) Remédio de 30 dias				
	9) Remédio de 30 dias				
	10) Remédio de 30 dias				
	11) Remédio de 30 dias				
	12) Remédio de 30 dias				
	13) Remédio de 30 dias				
	14) Remédio de 30 dias				
	15) Remédio de 30 dias				
	16) Remédio de 30 dias				
	17) Remédio de 30 dias				
	18) Remédio de 30 dias				
	19) Remédio de 30 dias				
	20) Remédio de 30 dias				
	21) Remédio de 30 dias				
	22) Remédio de 30 dias				
	23) Remédio de 30 dias				
	24) Remédio de 30 dias				
	25) Remédio de 30 dias				
	26) Remédio de 30 dias				
	27) Remédio de 30 dias				
	28) Remédio de 30 dias				
	29) Remédio de 30 dias				
	30) Remédio de 30 dias				

Dr. Alexandre Bernardes
Residência

08/09/18



"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1.530 - Aldeota - CEP 60.140-100 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3322.5417 - Fax: (85) 3261.1846

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

OMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

03 JUN 2017

None

PRESCRIÇÃO MÉDICA

390

NOME DO PACIENTE:

Guilherme Bernardo

DATA

24/10/11

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA/LEITO

CONVÊNIO

HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO

Nº PRONTUÁRIO

ASS. - ENFERMAGEM

1. DEXTRO PASTORAL 100mg/100ml

2. KETAROL 10-15 EV 6/6h P3

3. PROPRANOLOL 10mg/100ml 100ml 100ml EV 12/12h

4. DEXAMETASONA 4mg EV 8/8h B-D

5. DILUTADA 2x 100ml EV 6/6h S/D

6. ANTAC 50mg EV 12/12h

7. HIGIENE BUCAL 4x12h

8. CECRO + 55v

9. ORO 100mg 3x12h

Dr. Luiz Manoel de Jesus
Residência CRM 76.70

Rafaela F. Costa
Enfermeira
CORENCE 483345

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
03 OUT 2011
Nome: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		INFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
DATA		MANHÃ	TARDE	NOTURNO		
23.04.13	PA 01	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 02	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	T -	
	PA 03	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 04	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 05	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 06	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 07	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 08	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 09	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 10	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 11	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 12	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 13	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 14	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 15	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 16	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 17	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 18	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 19	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 20	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 21	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 22	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 23	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 24	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 25	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 26	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 27	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 28	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 29	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 30	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 31	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 32	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 33	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 34	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 35	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 36	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 37	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 38	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 39	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 40	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 41	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 42	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 43	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 44	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 45	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 46	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 47	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 48	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 49	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 50	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 51	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 52	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	
	PA 53	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	N -	
	PA 54	PA 13.20	PA 13.20	PA 13.20	M -	

COMPTON REV SEGUROS
EVIDENCIA S/A.
REC. 03 OCT 2017
C/10/13
Nome:

COMPRA DE SEGUROS
E PREVIDENCIA SIA.
REC. 03 OUT 77
Nome: _____

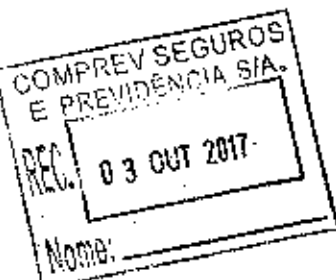
[illegible]



HOSPITAL
BATISTA
MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 - Aldeia - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone (85) 3224-3417 - Fax (85) 3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
22/04/14	1) D.O. - Vinda Sem O.R.	AT T		
	2) SP02 em 1000ml (28/8/14) S6 S7 em 1000ml	S60 (21:20) S60 (16:00) S60 (21:00) S60 ()		
	3) Ketorol 1g em 6/6h COI	X 2X 06 12		
	4) Hospod 100mg/100mg a 12/12h	X 2X 50		
	5) Desacetemona 4mg em 8/8h	X 2X 08		
	6) Difenidol 12 18x SP02 em 6/6h	X 2X 08 12		
	7) Compressas 60mg em 12h	X X		
	8) Abster-se de tomar 30°	na 12h		
	9) Kepar 500mg 60mg	SN		
	10) 500mg 12h	ROTATIVA		
	 Dr. Feijão ID 1311 Cirurgião Traumatologista Cirurgia Hospitalar R. C. D. C. 6947			
	11) Tendam 600mg. 600mg 5x 6h (20) (12) (18) SN			
	12) 12h 12h 12h			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome: _____

NOME DO PACIENTE:	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
29.04.14	1) DREJA DRENOJA TRAUMATIZADA, SNO	320	505	
	2) DRENOJA NO BOMBO GELIN S/N			
	3) SNU + SC.GG			
	4) HIGIENE ODA 4x 100s			
	5) AGUERO ECG, HEMATOLOGIA, AT			
	Dr. PAULO OLIVEIRA E. DE NE. OLIVEIRA			
	6) GLECEIN 125mg/100ml R. Pessoa			
	Cirurgia e Traumatologia			
	Buco-Maxilo-Facial			
	Residência IJC CRUIZEIRO			
	7) Acesso em MSD			
	8) Absceter e extensor			
	Dr. Hugo Marr A. Pessoa			
	Cirurgia e Traumatologia			
	Buco-Maxilo-Facial			
	Residência IJC CRUIZEIRO			

Rafaela Silva
Enfermeira

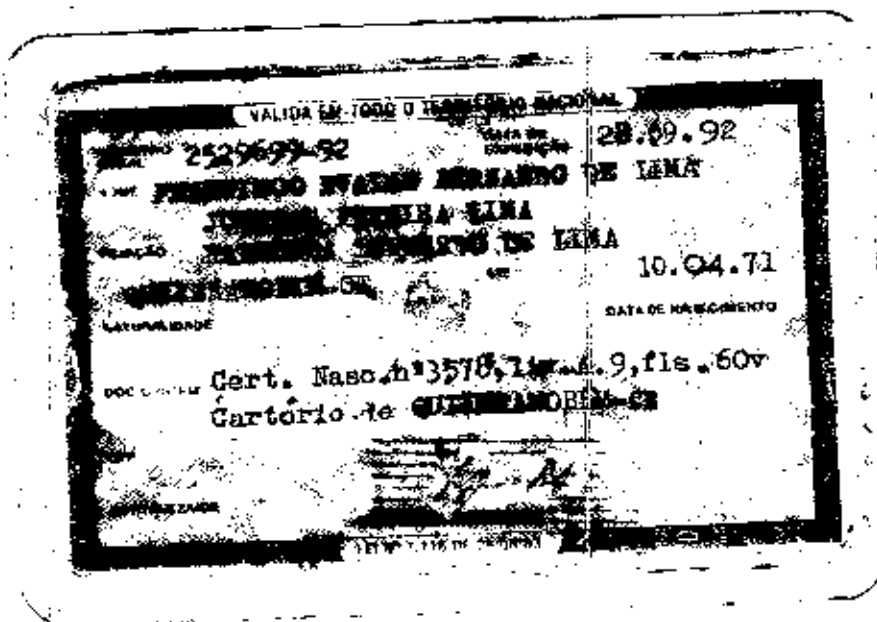
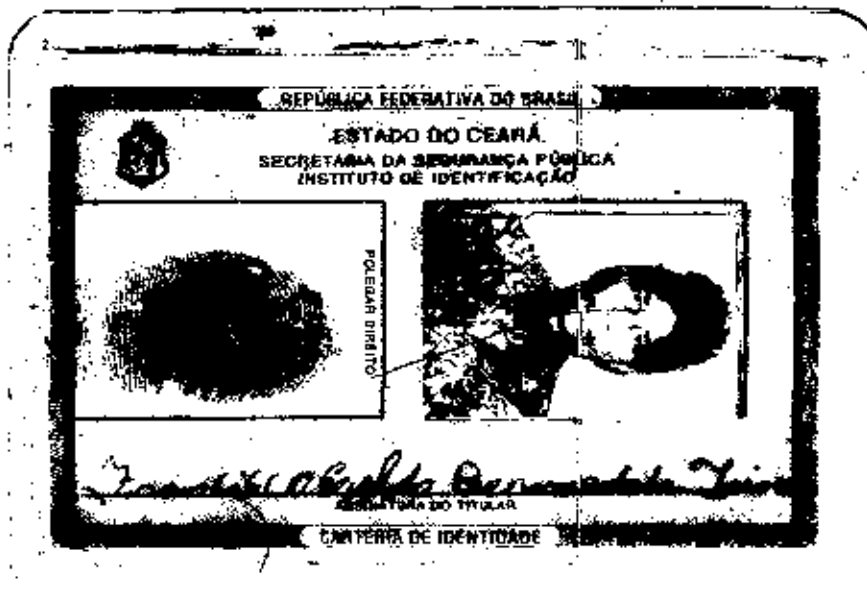
PRESCRIÇÃO MÉDICA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome: _____

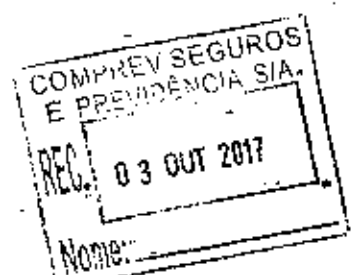
NOME DO PACIENTE:	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMARIA / LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO
DATA		HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO		ASS. - ENFERMAGEM
01/04	01 PREC. PRON. LINDOLINA	500		
	02 PREC. VA. SPOA. ALLEN	500 (2:00h)		
	03 SEM. REC.	500		
	04 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	05 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	06 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	07 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	08 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	09 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	10 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	11 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	12 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	13 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	14 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	15 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	16 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	17 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	18 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	19 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	20 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	21 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	22 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	23 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	24 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	25 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	26 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	27 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	28 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	29 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	30 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	31 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	32 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	33 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	34 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	35 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	36 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	37 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	38 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	39 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	40 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	41 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	42 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	43 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	44 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	45 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	46 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	47 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	48 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	49 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	50 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	51 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	52 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	53 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	54 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	55 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	56 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	57 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	58 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	59 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	60 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	61 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	62 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	63 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	64 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	65 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	66 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	67 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	68 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	69 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	70 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	71 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	72 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	73 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	74 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	75 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	76 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	77 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	78 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	79 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	80 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	81 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	82 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	83 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	84 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	85 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	86 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	87 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	88 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	89 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	90 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	91 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	92 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	93 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	94 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	95 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	96 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	97 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	98 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	99 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		
	100 PREC. DE PRE. VIT. B12	500		

Dr. João Siqueira Mota Barbosa
(Cirurgia e Proctologia)
Bucurati 01815
Residência

Ass. - Enfermagem
L3446/23



Documentos de identificação



MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome: FRANCISCO EVALDO BERNARDI DE LIMA

Nº de Inscrição: 891745183-72

Data de Nascimento: 10/04/71



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FISICAS - CPF. Válido e exigido por terceiros, conforme nos casos previstos na legislação vigente.

Nome: FRANCISCO EVALDO BERNARDI DE LIMA

VALIDO EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

Emitido em: 17/08/88

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

REC. 03 OUT 2017

Nome: _____

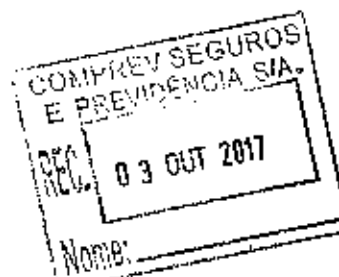
**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **891.745.183-72**Nome: **FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA**Data Nascimento: **10/04/1971**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **17/08/1999**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **14:20:17** do dia **23/09/2017** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **1EE8.D930.0D5B.600A**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

OUT



COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SEGURANÇA	
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA 01 0027946544	ENTRADA 0000000000
EXERCÍCIO 2016	
NOME SAMUEL BEZERRA DE LIMA	
SENADOR POMPEU	
CPF / CNPJ 00334305399	PLACA NUZ3168/CE
CHASSI 202K0149709R329333	DATA DE EMISSÃO 05/10/2016
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/ANAO	
COMBUSTIVEL GASOL/ALCO	
MARCA / MODELO HONDA / CB1300 FAN-EST	ANO FAB. 2014
CAP / POT / CIL 2P / 0CV / 149CC	CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE PRETA	
COTA ÚNICA 1	VENC. COTAS 1
FAIXA LPMVA 1	PARCELAMENTO / COTAS 1
PREMIO TARIFARIO (R\$) 143,38	DATA DE PAGAMENTO 05/10/2016
OBSERVAÇÕES	
LOCAL SENADOR POMPEU	
DATA 05/10/2016	

CE Nº 013129328318 - BILHETE DE SEGURO DPVAT	
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	
PLACA NUZ3168	DATA DE EMISSÃO 05/10/2016
REMANCAN 00334305399	MARCA / MODELO HONDA / CB1300 FAN-EST
ANO FAB. 2014	Nº CHASSI 202K0149709R329333
PREMIO TARIFARIO	
FNS (R\$) 143,38	CLUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CLUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	DATA DE QUITAÇÃO 04/10/2016
COTA ÚNICA 1	PARCELADO 0
SEGURODORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 09.349.600/0001-04	
CNPJ 09.349.600/0001-04	

Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

Identificação

Nome Empresarial
 EDILENE SOARES ROCHA 65073487320
Nome do Empresário
 EDILENE SOARES ROCHA
Nome Fantasia
 JPE DPVAT
Capital Social
 15.000,00
Nº da Identidade **Órgão Emissor** **UF Emissor** **CPF**
 291827694 SSP CE 650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente **Data de Início da Situação Cadastral Vigente**
 ATIVO 08/08/2016

Números de Registro

CNPJ **NIRE**
 25.409.019/0001-83 23-8-0251434-0

Endereço Comercial

CEP **Logradouro** **Número**
 63600-000 AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 970
Bairro
 CENTRO
Município **UF**
 SENADOR POMPEU CE
Ponto de Referência
 DEFRENTE O HOSPITAL

Atividades

Data de Início das Atividades
 08/08/2016
Código da Atividade Principal **Descrição da Atividade Principal**
 82.19-9/99 Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente
Código da Atividade Secundária **Descrição da Atividade Secundária**
 1 82.11-3/00 Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que cumprio e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua verificação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet no endereço: <http://www.portaldomicroempreendedor.gov.br/>

Certificado emitido com base na Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão do Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios - REDESIM.

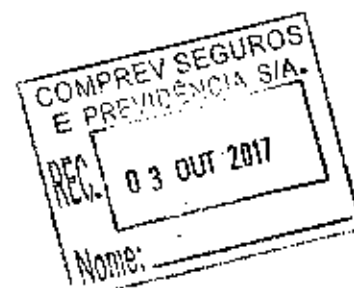
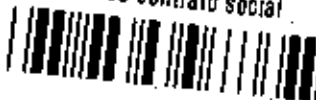
ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico: <http://www.receita.fazenda.gov.br/PontoJuridico/CNPJMapaConaUI.aspx>

Número do Recibo: ME98291727
Número da Identificação: 00065073487320

Data de Emissão:
 08/08/2016

Estatuto ou contrato social



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 25.409.016/0001-83 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 08/08/2016
NOME EMPRESARIAL EDILENE SOARES ROCHA 65073487320			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) JPE DPVAT			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA	NÚMERO 970	COMPLEMENTO	
CEP 63.600-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SENADOR POMPEU	UF CE
ENDEREÇO ELETRÔNICO jpedpvt.senpmilha@yahoo.com.br		TELEFONE (88) 9667-5407	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 08/08/2016	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 08/08/2016 às 19:38:20 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

© Copyright Receita Federal do Brasil - 08/08/2016



56

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Nome: EDILENE SOARES ROCHA

Doc. Identidade (Org. Emissor de): 20170636709 **SSRUS** **CE**

CPF: 650.734.873-20 **Data Nascimento:** 01/02/1981

Matrícula: EXPEDITO MENDES ROCHA

Nome Completo: MARIA EULIA SOARES ROCHA

Permissão: **ACE:** **CAUSA:** AB

Nº Registro: 04675350149 **Vigência:** 25/08/2022 **Exatidão:** 20/05/2009

OBSERVAÇÃO:
SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador: *Edilene Soares Rocha*

Local: QUIKADA, CE **Data Emissão:** 12/09/2017

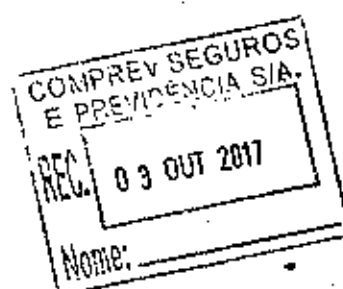
Assinatura do Emissor: *João Vitor* **Nº Registro:** 77260446512 **CE:** 161108512

CEARA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1497073959

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497073959

Outros



		COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA CNPJ 07.047.351/0001-70 - C.E.F. 06.135.543-3 Av. São da Glória 2317 Fortaleza/CE - CEP 60127-900	
Boleto para Pagamento			
Nº DO CLIENTE: 8553131 MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU NOME: EDILENE SOARES ROCHA ENDEREÇO: AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970 - CENTRO		CEB3:600-000 650.734.873-20	
Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R\$
08/2017	10/08/2017	246	205,46
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			TOTAL A PAGAR 205,46
		Boleto para Pagamento MUNICÍPIO SENADOR POMPEU ROTA TOTAL A PAGAR 205,46 050.014000.08.00085500 83610000002-7 05460031000-0 00085531310-2 00011400264-9	
COMPROVANTE COELCE Nº DO CLIENTE 8553131			

REC. 03 OUT 2017
Nome: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384950/17
Vítima: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
CPF: 891.745.183-72
Data do Acidente: 10/04/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

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

EDILENE SOARES ROCHA : 25.409.016/0001-83

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA : 891.745.183-72

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2017
Nome: EDILENE SOARES ROCHA
CPF/CNPJ: 25.409.016/0001-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2017
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

EDILENE SOARES ROCHA

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540144 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA **Data do acidente:** 10/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de mandíbula

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540144 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA **Data do acidente:** 10/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, DOR E SUB-LUXAÇÃO NA ATM DIREITA AO EXERCER CARGA, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ELEMENTOS SÓLIDOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO DA FRATURA.

Sequelae permanentes: Dano cranio facial

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 23/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

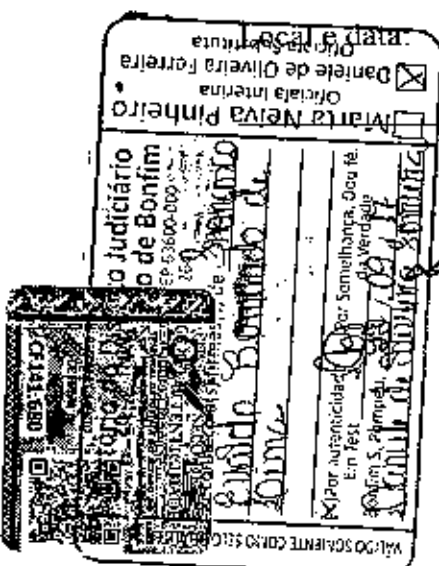
Nome: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR
Identidade: 2529699-92 CPF: 891.745.183-72
Endereço: SITIO SANTO ANTONIO
Bairro: ZONA RURAL - DT BONFIM
Cidade: SENADOR POMPEU CEP: 63.600.000

OUTORGADO (Procurador)

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional
Av. Francisco França Cambráia, 970, Bairro: Centro: Cidade: Senador Pompeu- Ceará,
CEP: 63.600-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

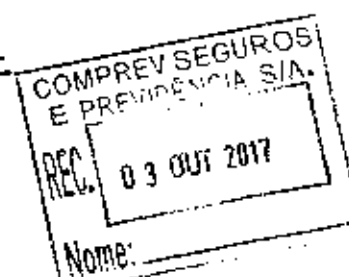
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA



Sen. Pompeu - CE, 09 de Setembro de 2017

Francisco Evaldo Bernardo de Lima
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Procuração



57

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA** Sinistro: **3170540144** Data: **10/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO SANTO ANTONIO, SN - ZONA RURAL - Senador Pompeu - CE - CEP 63600-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **252969992**

Data local do exame: [**23/10/2017**] **Boa Viagem** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA À DIREITA. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, DOR E SUB-LUXAÇÃO NA ATM DIREITA AO EXERCER CARGA, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ELEMENTOS SÓLIDOS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO DA FRATURA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano cranio facial

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Casemiro Dutra de Medeiros Junior
CRM: 6818 - CE
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE