



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Jose Bonfim Filho</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>Painter</i>	Carteira de Identidade: <i>20072389766</i>	
CPF nº: <i>506.786.983-68</i>	Residência: <i>Rua Pedro Calisto, 59</i>		
Bairro: <i>Lidade Nova</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>ceara</i>	CEP: <i>63.700.000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 31 de *julho* de *2019*.

Jose Bonfim Filho
 (outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <i>Jose Bonfim Filho</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Pedro Calisto, 59</i>		Profissão: <i>Pintor</i>
CPF nº: <i>506.786.983-68</i>	RG nº: <i>20072389766</i>	Estado Civil: <i>casado</i>
Bairro: <i>Cidade nova</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.700.000</i>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., *31* de *Julho* de *2019*.

Jose Bonfim Filho
 Declarante

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

1659688306

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1659688306

PROIBIDO PLASTIFICAR

1659688306

CEARÁ

NOME
JOSE BOMFIM FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20072389766 SSP CE

CPF
506.786.983-68

DATA NASCIMENTO
05/07/1973

FILIAÇÃO
LUIS DE SOUSA BOMFIM
FRANCISCA MARIA BOMFIM

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
04668729922

VÁLIDEZ
03/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
12/06/2009

OBSERVAÇÕES
A ;
EAR ;

ASSINATURA DO PORTADOR
JOSE BOMFIM FILHO

LOCAL
CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
13/08/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
66975181910
CE166294004

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora da Seguros Eirel.
CNPJ: 21.487.736/0001-06



2º Via
Nº de Inscrição:
0027753034

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE BONFIM FILHO
 End. Leitura: RU PEDRO CALISTO, 59, CIDADE NOVA
 Cidade: CRATEUS CEP: 63.700-000
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 029 Setor: 004 Quadra: 0178 Lote: 0053 Comp: 0000
 Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A10F021142	1095	1107	12	14

DATAS

Leitura Atual: 04/04/2019 Emissão: 06/05/2019 Lacre Água: 896013
 Leitura Anterior: 07/03/2019 Próxima Leitura: 06/05/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coll
Exigidas	050	050	010	050	050
Analisadas	050	050	011	050	050
Em conformidade	050	050	010	050	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA	34,80	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	1/1 0,99	ABR/2018	15	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1 0,44	MAI/2018	16	0
		JUN/2018	12	0
		JUL/2018	8	0
		AGO/2018	9	0
		SET/2018	13	0
		OUT/2018	12	0
		NOV/2018	16	0
		DEZ/2018	13	0
		JAN/2019	13	0
		FEV/2019	16	0
		MAR/2019	15	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,34	VALOR DO SERVIÇO	50,75
COFINS	1,73	VALOR DO SUBSÍDIO	14,52
		VALOR TOTAL A PAGAR	36,23

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
04/2019	02/05/2019	36,23

ONDE PAGAR SUA FATURA

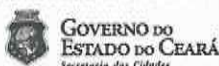
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal
 Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027753034 Código de Responsável: Mês/Ano: 04/2019
 Local: 029 Setor: 4 Quadra: 0178 Lote: 0053 Comp: 0000
 Subsetor: Subquadra:
 Cidade: CRATEUS Vencimento: 02/05/2019 Total (R\$): 36,23

82670000000-1 36230009200-8 02775303401-9 01012431035-9



EMISSION: GESSE 06/05/2019 09:21:09



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

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

Impresso nº 2018241576



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 4223 / 2018

Dados da Ocorrência

RECEBEMOS

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **21/11/2018 09:23:47**Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2018 07:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA DR. JOSÉ FURTADO**

Complemento:

Bairro: **CIDADE NOVA**Município: **CRATEUS/CE**Ponto de Referência: **PRÓXIMO A ESCOLA CAIC**

02 JAN 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

Noticiante(s)

Nome: **JOSE BOMFIM FILHO**Nascimento: **05/07/1973** CPF: **506.786.983-68**CNH: **1659688306**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA MARIA BOMFIM****LUIS DE SOUSA BOMFIM**Endereço: **RUA PEDRO CELIXTO, 59**Bairro: **CIDADE NOVA**

CEP:

Município: **CRATEUS/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99426-1830**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXS9759** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:**9C2JC30103R049857** Renavam: **791235645** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** AnoFabricação: **2002** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERDE** Proprietário: **JOSE BOMFIM FILHO** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o declarante que pilotava a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS de Placa: HXS9759, licenciada em seu nome, na Rua Dr. José Furtado a uma velocidade de 10km/h, sofreu uma colisão na parte traseira da motocicleta supracitada, pelo veículo de placa: HYK2823, FIAT/SIENA de cor prata, conduzido por um homem possivelmente alcoolizado, que evadiu-se do local; Que foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros desta urbe, onde apresenta o registro do socorro do acidente supra evidenciando laceração na articulação do cotovelo direito; Que sofreu escoriações no braço direito; Que foram feito os primeiros atendimentos hospitalares na UPA, Unidade de pronto de atendimento situada nesta urbe; Que foi transferido posteriormente para o Hospital São Lucas situado nesta urbe, onde fez exames e foi medicado; Que após quatro dias foi realizada uma cirurgia no Hospital São Lucas no cotovelo direito, totalizando oito dias de internamento; Que afirma estar passando por tratamento; Que apresenta como testemunhas dos fatos relacionados ao acidente e lesões supracitadas, as pessoas de nome: FRANCISCA MARIANA LIMA DOS SANTOS, CPF: 081.382.093-64 e RG: 2007556114-4 e DANIELA DE JESUS LEITÃO, CPF: 013.361.923-05 e RG: 2002019065857, afirmando terem presenciado a vítima e condutor da motocicleta no acidente supracitado, passando por

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 21/11/2018 09:52:40

Impresso em: 21/11/2018 09:52:40

* José

* Mariana

* Daniela

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 2018241576

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 4223 / 2018**

tratamento para consolidação da fratura evidenciada neste Boletim de Ocorrência.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniela da Silva Paiva
 ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
DANIELA DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x José Brômio Filho

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

x Francisca Mariana Lima dos Santos.

Renê Gomes Mesquita
 DELEGADO DE POLÍCIA
 MAT. 30124944

+ Daniela de Jesus Santos.

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.735/0001-06



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

Nº 4510



fls. 14

ESTACÃO: CRATEUS DATA: 21/09/18 Nº DA ASS. 03
NOME: José Bonfim Filho
IDADE: 45 anos SEXO: F () M (x)
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua Dr. José Furtado, s/n
BAIRRO: Cidade Nova

HORA DA OCORRÊNCIA: 07:00
CHEGADA AO LOCAL: 07:08
SAÍDA DO LOCAL: 07:13
CHEGADA AO HOSPITAL: 07:15

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. (x) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. () AFOGAMENTO | 09. () MAL SÚBITO |
| 02. () AGRESSÃO | 06. () QUEIMADURA | 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. () DESABAMENTO | 07. () CHOQUE ELÉTRICO | 11. () JÁ REMOVIDO |
| 04. () INTOXICAÇÃO | 08. () QUEDA | 12. () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: COLISÃO (MOTO < CARRO)

DOENÇAS ANTERIORES: _____

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: _____

COR		PELE		RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO ()	QUENTE ()	SECA ()	SUPERFICIAL ()	
PÁLIDO ()	FRIA ()	ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()	
CONGESTO ()	NORMAL (x)	NORMAL (x)	NORMAL (x)	
NORMAL (x)			AUSENTE ()	

PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO
FORTE ()	IRREGULAR ()	NORMAL (x)	AUSENTE ()
FRACO ()	AUSENTE ()	RETARDADO ()	MÍNIMO ()
REGULAR (x)		AUSENTE ()	MODERADO (x)
			INTENSO ()

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS
ALERTA (x)	NORMAL (x)	
RESPONDE A COMANDO ()	CONFUSA ()	
RESPONDE A DOR ()	ININTELIGÍVEL ()	
SEM RESPOSTA ()	NENHUMA ()	

SINAIS VITAIS: HORA: _____

P.A.: _____

PULSO: _____

FR: _____

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: Laceração na articulação do cotovelo
direito

OBSERVAÇÕES: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | (x) CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | (x) BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | () IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | () FÉRULA DE TRAÇÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDO EV. |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(x) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO: U.P.A

Fco Antonio da S. Mota

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

ÓRIO CAVALCANTE
Coronel Lucio, 569
Corpo Força: 3691-0194
CRATEUS - CE

Autêntico, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.

09 OUT 2018

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE

CRATEUS-CE



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 069763	Atendimento 0016	Nome do Paciente JOSE BOMFIM FILHO	CNS 706802281644428	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 506.786.983-68		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 05/07/1973	Local CRATEUS/CE	Idade 45 Ano(s)		
Pai LUIZ DE SOUSA BOMFIM		Mãe FRANCISCA MARIA BOMFIM		
Endereço RUA PEDRO CALIXTO, 59	Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão PEDREIRO	Empresa	Cônjuge MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA		
Responsável MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA	CPF do Responsável	Endereço RUA PEDRO CALIXTO, 59	Município CRATEUS	Telefone 88 9492856

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/09/2018	Hora 07:17	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MEDICO - UPA		CRM/UF 1/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente		Funcionário FRANCISCO ANTONIO DA SILVA MATOS		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)		Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)	

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Rx antineoplásica e controle D

Fx ulna proximal

op: @ Ao HSL

Dieta zero

Dr. João Victor Marçal
Médico
CREMEC 19.066

MEDICO - UPA - CRM: 1

maria José
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/08/2019 às 07:42 sob o número 0158382852019000000001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158382-85.2019.8.06.0001 e código 4DF2E8A.



PRONTO - SOCORRO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

Data do Atendimento: 21/09/18, ____:____

Nome: Jose Bonfim Filho Idade: 45

Nome da Mãe: Francisca Maria Bonfim CPF: _____

Nº Prontuário: 069763 Município: Crateús

HDA: Fx ulna distal agn

EXAME FÍSICO: _____

EXAMES REALIZADOS: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUTA: Ao Tratamento

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Ao Tratamento

HOSPITAL REFERENCIADO: 456

Crateús, 21/09/18

Médico: _____

Dr. João Victor Marçal
Médico
CREMEC 19.066



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 069763	Atendimento 0005	Nome do Paciente JOSE BOMFIM FILHO	CNS 706802281644428	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 506.786.983-68			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 05/07/1973	Local CRATEUS/CE			Idade 45 Ano(s)
Pai LUIZ DE SOUZA BOMFIM		Mãe FRANCISCA MARIA BOMFIM		
Endereço RUA PEDRO CALIXTO, 59	Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA	Telefone 88 99426183	
Responsável MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA	CPF do Responsável	Endereço RUA PEDRO CALIXTO, 59	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/09/2018	Hora 09:03	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg) 57,000	Altura (cm)	T (°C) 36,4	P (bpm) 101	R (mpm) 18
			PA (mmHg) 100 X 70	Oximetria (%): 96
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 21/09/2018 09:39

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FERIMENTO EM MSD.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

⇒ Paciente procedente de V PS/sem pat.

Travessa MSB
u dor e limitação funcional

→ R cotovelo ①

①0 Nature de olecrano (esporte?)

cd. Sutura + tab. breguê

Jamil Sanches Jorqueira
CRM 6945
ORTOPEDIA

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

Maria José
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSE PEREIRA DE

⇒ Prof. med. 100% IM

Ant. Jocineia B. de Souza
TÉC. EM FARMACIA
COEF. 541.600

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/08/2019 às 07:42, sob o número 015838285/2019. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0158382-85.2019.8.06.0001 e código 4DF2E8A.



DADOS DO PACIENTE

Nome JOSE BOMFIM FILHO				Prontuário/Atendimento 069763/0007	
Nascimento 05/07/1973		Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Idade 45 Ano(s)	
Documento(s) CPF: 506.786.983-68		Etnia		Estado Civil Casado(a)	
Endereço RUA PEDRO CALIXTO		CNS 70.6802.281.6444-28		Religião NÃO DETERMINADA	
Fone (88) 9942-6183		Município CRATEUS-CE		CEP 63700-000	
Responsável MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA		CPF do Responsável		Fone Empresa	
Endereço Responsável		Cônjuge MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA		Fone Responsável	
Mãe FRANCISCA MARIA BOMFIM		Pai LUIZ DE SOUZA BOMFIM			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 21/09/2018 14:37	Quarto/Leito 055-0002	Aposento ENFERMARIA	Clínica CIRURGICA	Setor OBSERVAÇÃO	
Convênio SUS	Matrícula	Autorização	Dias 0	Guia	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CID Principal			CRM 6945	
Observação 12880029666			CID Complementar		
Usuário THALIA RODRIGUES CAVALCANTE	Procedimento SUS			Sis prenatal	
Data Saída	Hora	Condição da Saída	Usuário Saída		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 21 de setembro de 2018.

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: THALIA RODRIGUES CAVALCANTE

Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÂO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.S.L

2 - CDES

2483073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.S.L

4 - CDES

2483072

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Benjamim Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

69763

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/07/1973

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Francisca Maria Benjamim

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Pedro Calisto

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Gratús - Ce

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

63700000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em estado de
confusão mental e
alucinações

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Jamil S. Torquero
CRM 69453815
Orl. Traumatologia

28/09/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Silvan Melo Marques

Médico Auditor CRM/CE 10784

Secretaria Municipal da Saúde de Gratús

Departamento de Controle, Avaliação,
Regulação e Auditoria

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Período: 21/09/2018 19:00:00 à 22/09/2018 06:59:29

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente		JOSE BONFIM FILHO		Nome da Mãe		Francisca-Maria Bonfim		Prontuário		069763/0007	
Data de Nascimento		05/07/1973		Idade		45 Ano(s)		Quarto/Leito		006/0002	
Data Internação		21/09/2018		Apresenta		ENFERMARIA		CRM		6945	
Profissional Responsável		JAMIL SANCHES JORQUEIRA		Setor		CLINICA CIRURGICA		Especialidade		CIRURGICA	
Convênio		SUS									

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 22/09/2018 05:11:09

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR C.C.T. VINDO DO SETOR DA OBSERVAÇÃO DESTE HOSPITAL. PACIENTE APRESENTA TRAUMA EM COTOVELO DIREITO, IMOBILIZADO POR TALA GESSADA. NÃO RELATOU QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. AGUARDA PROCEDIMENTO DEFINITIVO NO LOCAL. NEGA HAS, DIABETES OU TER ALGUMA ALERGIA MEDICAMENTOSA. COM AVP EM MS"E". VÁLIDO E FUNCIONANTE EM DIETA ZERO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PA: 120X80 FC: 73 T: 36,6°C RESP. SPO2: 98%.

Antonio Tiago de Araújo Nobrega

TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-CE 210.735

RESPONSÁVEL: TE: ANTONIO TIAGO DE ARAUJO NOBREGA - COREN-CE 001210735

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/08/2019 às 07:42, sob o número 015838285201908060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0158382-85.2019.8.06.0001 e código 4DF2E8A.

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente

JOSE BONFIM FILHO

Data de Nascimento

05/07/1973

Data Internação

21/09/2018

Profissional Responsável

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Convênio

SUS

Idade

45 Ano(s)

Aposento

ENFERMARIA

Nome da Mãe

FRANCISCA MARIA BONFIM

Setor

CLINICA CIRURGICA

Especialidade

CIRURGICA

Prontuário

069763/000

Quarto/Leito

006/0002

CRM

6945

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 29/09/2018 07:49:11

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, ENTREGUE AVISO DE ALTA + RECEITUÁRIO MÉDICO + RESUMO DE ALTA

RESPONSÁVEL: TE: DANIELLY FIRMINO DE SOUSA - COREN-CE 341246

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 29/09/2018 07:51:59

PACIENTE NÃO AGUARDOU PARAR SER REALIZADO MEDICAÇÃO DAS 10 HORAS

RESPONSÁVEL: TE: DANIELLY FIRMINO DE SOUSA - COREN-CE 341246

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Paciente: JOSE BONFIM FILHO

Data de Nascimento: 05/07/1973

Idade: 45 Ano(s)

Sector: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal:

Data: 29/09/2018

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA BONFIM

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Hora: 07:03

Prontuário: 069763

Data da Internação: 21/09/2018

Leito: 006 - 0002

CRM: 6945

Motivo da Internação:

FRATURA COMINUTIVA DO OLECRANO

Conduta / Tratamento Realizado:

OSTEOSSINTESE COM FIOS E CERCLAGEM

Exames Realizados:

RX DE CONTROLE

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

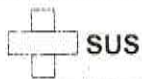
ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera

CRM 6945

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

maria Jose Perreira de
Assinatura Paciente/Responsável



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE BONFIM FILHO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

69763

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.6802.281.6444-28

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/07/1973

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA BONFIM

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9942-6183

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA PEDRO CALIXTO, 59, CIDADE NOVA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2304103

18 - UF

CE

19 - CEP

63700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE RETORNA PÓS OPERATORIA FRATURA DO OLECRANO E INTERNADO PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SINTSE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

RX DO COTOVELO + EF

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Z47.0 Seguimento envolvendo remoção de placa de fratura e outros dispositivos de fixaç

24 - CID 10 PRINCIPAL

Z470

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Z470

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

209573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES JORQUERA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/03/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

Dr. Silvanildo Marques
Médico Auditor CRM/CE: 1070
Secretaria Municipal de Saúde de Crateus
Departamento de Controle, Avaliação
Regulação e Auditoria



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 069763	Atendimento 0020	Nome do Paciente JOSE BONFIM FILHO	CNS 706802281644428	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 506.786.983-68			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 05/07/1973	Local CRATEUS/CE			Idade 45 Ano(s)
Pai LUIZ DE SOUZA BONFIM	Mãe FRANCISCA MARIA BONFIM			
Endereço RUA PEDRO CALIXTO, 59	Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA	Telefone 88 99426183	
Responsável MARIA JOSE PEREIRA DE ALMEIDA	CPF do Responsável	Endereço RUA PEDRO CALIXTO, 59	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/03/2019	Hora 09:28	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA	

Observação	
Sala	Data/Hora Liberação 29/03/2019 12:13
	Tipo de Saída Internação

Sinais Vitais							
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 35,5	P (bpm) 81	R (mpm) 16	PA (mmHg) 99 X 62	Oximetria (%) 97	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 29/03/2019 09:26

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PARA RETORNO, RETIRADA DE PLACA EM BRAÇO D.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

29/03/2019 12:13:38h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

RX DO COTOVELO EM AP E P
INTERNAMENTO

29/03/2019 12:15:02h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE RETORNA PÓS OPERATORIA FRATURA DO OLECRANO E INTERNADO PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SINTSE

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSE PEREIRA DE

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Prescrição: 0001	Paciente: JOSE BONFIM FILHO	Prontuário: 069763/002
Data de Nascimento: 05/07/1973	Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA BONFIM	Sexo: Masculino
Data: 29/03/2019	Aposento: ENFERMARIA	Quarto/Leito: 043/000
Hora: 18:02	Profissional Resp.: LUTIELLE PEREIRA ALENCAR	COREN: 505864
Convênio: SUS	Setor: CLÍNICA CIRURGICA	Data de Internação: 29/03/2019
		CBO: ENFERMEIRO EM GERAL

Prescrição de Enfermagem	Frequência	Aprazamento
--------------------------	------------	-------------

Evolução

ÀS 17HRS 15MIN PACIENTE É ADMITIDO NO SETOR DE CLÍNICA CIRURGICA TRAUMATOLÓGICA, PARA RETIRADA DE MATERIAL EM MSD. NEGA HAS, DM E USO DE MEDICAÇÕES CONTINUAS. NEGA ALERGIA ALIMENTAR E MEDICAMENTOSA. NEGA QUEIXAS ALGICAS. REFERE SER TABAGISTA. ENCONTRA-SE CONSCIENTE ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULA SEM AUXILIO. PELE INTEGRAL, NORMOCORADA. CRÂNIO SEM ALTERAÇÕES, MUCOSAS OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. COLUNA E DORSO SEM ALTERAÇÕES VISÍVEIS. REGIÃO CERVICAL E TORÁCICA SEM ALTERAÇÕES. AUSCULTA PULMONAR MMVV PRESENTES E BILATERAIS. EUPNEICO EM AR AMBIENTE, SATURANDO DENTRO DOS PADRÕES DA NORMALIDADE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, AFEBRIL. ABDOMEM INDOLOR HÁ PALPAÇÃO. ACEITA DIETA OFERECIDA. AVP EM AGUARDAR. MMII SEM ALTERAÇÕES. REFERE ELIMINAÇÕES URINARIAS E INTESTINAIS PRESENTES E NORMAIS. REALIZADO ESCALAS DE MORSE E BRADEN (AMBAS SEM RISCOS). AGUARDA EXAMES LABORATORIAIS. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Lutuelle Pereira Alencar
Lutuelle Pereira Alencar
COREN-CE: 505864

RESPONSÁVEL: ENF: LUTIELLE PEREIRA ALENCAR - COREN-CE 505864

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 02/08/2019 às 07:42, sob o número 0158382-85.2019.8.06.0001 e código 4DF2E8A. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0158382-85.2019.8.06.0001 e código 4DF2E8A.

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOSE BONFIM FILHO			069763/002
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
05/07/1973	45 Ano(s)	FRANCISCA MARIA BONFIM	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
29/03/2019	ENFERMARIA		043/0002
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Sector	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 01/04/2019 11:30:44

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, ENTREGUE AVISO DE ALTA, RECEITA MEDICA. RETIRADO AVP EM MSE.

Maria Soares da Silva
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1286213

RESPONSÁVEL: TE: MARIA SOARES DA SILVA - COREN-CE 1286213

Jose Bonfim Filho

Resumo/Sumário de alta

Paciente: JOSE BONFIM FILHO	Prontuário: 069066
Data de Nascimento: 05/07/1973	Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA BONFIM
Idade: 45 Ano(s)	Convênio: SUS
Setor: CLINICA CIRURGICA	Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Data da Internação: 29/03/2019
Diagnóstico Principal:	Leito: 043 - 0608
Data: 01/04/2019	CRM: 6945
	Hora: 09:11

Motivo da Internação:

RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DE COTOVELO D

Conduta / Tratamento Realizado:

A MESMA

Exames Realizados:

RAIO X DE COTOVELO

Plano Pós-Alta:**Tipo de Saída:**

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE



Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Assinatura Paciente/Responsável



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190007713

Vítima: JOSE BONFIM FILHO

Data do Acidente: 21/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MANOEL CAVALCANTE DE PINHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BONFIM FILHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE BONFIM FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000037607-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0049700498 - cartã_15R - INVALIDEZ

00040249

