



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2016

Carta nº: 9683716

A/C: JEAN PIERRE MAGALHAES

Sinistro: 3160539969 ASL-1037082/16
Vitima: JEAN PIERRE MAGALHAES
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JUCILENE MARIA DA SILVA

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

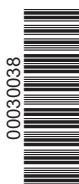
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2016

Carta nº: 9691752

A/C: JEAN PIERRE MAGALHAES

Sinistro: 3160539969 ASL-1037082/16
Vítima: JEAN PIERRE MAGALHAES
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JUCILENE MARIA DA SILVA

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2016

Carta nº: 9871456

A/C: JEAN PIERRE MAGALHAES

Sinistro: 3160539969 ASL-1037082/16
Vítima: JEAN PIERRE MAGALHAES
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JUCILENE MARIA DA SILVA

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta n°: 9961448

A/C: JEAN PIERRE MAGALHAES

Sinistro: 3160539969 ASL-1037082/16
Vitima: JEAN PIERRE MAGALHAES
Data Acidente: 03/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JUCILENE MARIA DA SILVA

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: JEAN PIERRE MAGALHAES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000001598-9

Conta: 0000013356-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

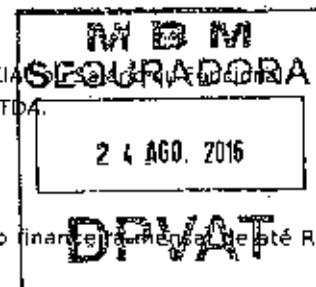
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JEAN PIERRE MAGALHÃES, PORTADOR(A) DO RG Nº 2008392671-7 EXPEDIDO POR SSP-CE EXPEDIDO EM 27/11/2012 E CPF 761.247.203-10, PROFISSÃO VIGILANTE, E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JEAN PIERRE MAGALHÃES, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 com o 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 1 Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1598-9 Nº DA CONTA (com dígito, se existir) 13356-6

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

Nº DO BANCO _____ Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº DA CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

J. do hont - le 23 de Agosto de 2016 Jean pierre magalhães
LOCAL E DATA 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.dpvatsegurodoltransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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): Jean Pierre Magalhaes
Endereço do(a) Examinado(a): da Paz, 1108
Pirajá Juazeiro do Norte CE CEP: 63020-132
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20083926717
Data local do exame: [22/10/2016] Juazeiro do Norte [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)

FX DA CLAVÍCULA DIREITA.

ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DOR ARTICULAR, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

- 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?

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?

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.

ATENDIDO NA EMERGÊNCIA E INTERNADO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO. O PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA.

Data da alta: OUTUBRO DE 2016.

QUADRO TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DOR ARTICULAR, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Complicações: SEM.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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.

ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DOR ARTICULAR, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

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

“Sem sequela permanente”

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

“Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Membro superior - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

% 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Andre de Oliveira Leal
CRM 16566



Dne

DUT

Sexta-feira da Série

CARIRI

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Nome: JEAN PIERRE MAGALHAES

Prontuário: 134714 Admissão: 03/07/2016

Data Nasc.: 27/01/1976 Idade: 40 ano(s) 6 mes(es) e 5 dia(s)

Telefone:

Mãe: MARIA DE LOURDES MAGALHAES

Sexo: Masculino RG: 20083926717

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP: Bairro: ROMEIRAO

Endereço: DA PAZ 1108

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO

Classificador: Emilia Patrícia Leite Saraiva

Horário: 19:30

Queixa: refere dor no ombro d apos queda de moto

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemias: Régua: 5 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: MARCOS AURELIO JEREMIAS LEITE

CRM: 11639



P.A.:

Acidente: Sim Agressão: Não Peso:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico:

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFERINDO DOR EM OMBRO DIREITO. NEGA VOMITOS OU DESMAIO

24 AGO. 2016

DPVAT

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
03/07/2016 19:30:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	Emilia Patrícia Leite Saraiva

**COMPROVANTE DE ATO
DECLARATÓRIO CONFORME
CIRCULAR DIREOP 004/2014****EXAME**

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX OMBRO D LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	03/07/2016 21:52	Não	Realizado

PREScrição

Médico: MARCOS AURELIO JEREMIAS LEITE

CRM: 11639

03/07/16 21:52

Prescrição

TRAMAL 100MG + SF 100ML EV

Horário:

VERMELHO

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
<u>ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL</u>		
<input type="checkbox"/> Alta. Conduta	<input type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> Referência para:

**COMPROVANTE DE ATO
DECLARATÓRIO CONFORME
CIRCULAR DIREOP 004/2014**



21 AGO. 2016
MBM SEGURADORA
DPVAT

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: 26/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN PIERRE MAGALHAES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01598-9

CONTA: 000000013356-6

Nr. da Autenticação 0DE562A60628E477

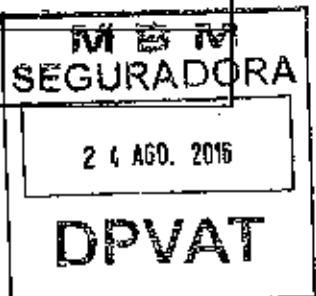


Documentos da Identidade

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **JEAN PIERRE MAGALHÃES**, portador(a) do RG nº **2008392671-7**, expedido por **SSP-CE**, expedido em **27/11/2012**, CPF nº **761.247.203-10**, na qualidade de favorecido(a) beneficiário(a), venho perante a este instrumento, declarar que não posso comprovante de residência em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito **segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:**

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA DA PAZ
Número	1108
Apto/Complemento	
Bairro	PIRAJA
Cidade	JUAZEIRO DO NORTE
Estado	Ceará
CEP	63.034-240
Telefone	(88) 8819-7432
e-Mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Juazeiro do Norte - Ce, 23 de Agosto de 2016
Local / Data

Jean Pierre magalhães
JEAN PIERRE MAGALHÃES

SC CLIENTE
4110832-9

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

coelce

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.125.848-3

dep. eml

Centro de Distribuição Coelce Centro - Fortaleza - CE - 60135-040

Rota 12 13000 22 128000 - 6 Data de Emissão 19/07/2016

Nome ANA CRISTINA LEITE MATOS MAGALHÃES

end. Postal RU DA PAZ 01108

PIRAJA - JUAZEIRO DO NORTE - 63034240

Nº CEP/CE 7414283

Ponto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator da Potência 0,80

RG / CPF / CNPJ 620173573-91

CGF

Nome do Responsável:

DETALHAMENTO DA TARIFA DE REFERÊNCIA		DETALHAMENTO DA TARIFA DE REFERÊNCIA									
Mês de Referência	Data da Aprovação	Provisão	Vida da Legislação	Conjunto	Valor da Tarifa	Mês de Referência	Data	Provisão	Vida da Legislação	Conjunto	Valor da Tarifa
Jul/2016	19/07/2016	19/03/2016	19/03/2016	BAIJA RENDA	R\$ 0,19,72	Jul/2016	19/07/2016	19/03/2016	19/03/2016	BAIJA RENDA	R\$ 0,19,72

TABELA DE CÁLCULO DA BASE DE CONSUMO		TABELA DE CÁLCULO DA BASE DE CONSUMO								
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Mensal	Trimestre	Anual	Padrão Individual	Mensal	Trimestre	Anual
ISENTO			DIC	5,81	18,15	26,30	8,00	8,00	8,00	8,00
			FIC	3,23	6,47	12,55	8,00	8,00	8,00	8,00
			DMIC	2,88		8,64				

INFORMAÇÃO CORRELAÇÃO PAGAMENTO BÁSICO CONSUMO											
Lata Atual	Lat. Anterior	Corte	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Lata Atual	Lat. Anterior	Corte	Consumo (kWh)
25500	25078	1.00	124	8,00	90	0,17751	5,15	25500	25078	1.00	124
					76	0,25500	20,00				
					24	0,44010	10,65				

VALOR CONSUMO DO MES 36,48
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,28

VENIMENTO	26/07/2016	TOTAL A PAGAR(R\$)
COMPENSACAO MAIORIA DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO	37,76

Consumo (kWh)	Compensado kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Compensação Frete (R\$ CO ₂)
53,59	0,00		0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

A COELCE ESTÁ SEUS E RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO DE SEUS PAGAMENTOS.

Gesta desta fatura R\$ 3,16 referente a PIS e COFINS.
Refer. 9.000.100.2006 - ANEXO 9 refer. n. 10.077-02 a 10.079-02

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ARRECADAÇÃO DE CONVENIO

21/07/2016 10:16:47
DATA DE EFETIVACAO: 21/07/2016
CONVENIO 000611735
OPERADOR: RAMON

REPRESENTACAO NUMERICA
838900000005 377600310008
000411083201 006839682793

CONVENIO: COMPANHIA ENERGÉTICA

PAGTO. EFETUADO EM: 21/07/2016

VALOR: 37,76

COD. OPERACAO: 000057679

OPERACAO REALIZADA COM SUCESSO

CAIXA AQUI
É A CAIXA EM TODO O BRASIL

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 726 7474

caixa.gov.br

M B M
SEGURADORA

24 AGO. 2016

DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jucilene Maria da Silva

RG nº 04.883.606-333, data de expedição 31/03/15, Órgão Detran/CE

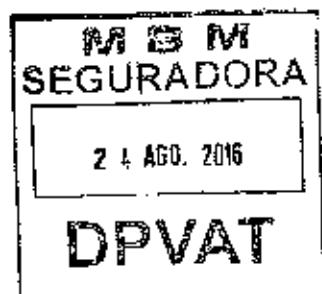
CPF nº 016.960.093-33 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Az. Hilton Gonçalo</u>
Número	<u>2073</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pitaya</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.034-005</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3548-0398 / (88) 9 9719-2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte-CE, 24/08/16

Assinatura do Declarante: Jucilene Maria da Silva





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 JUCILENE MARIA DA SILVA, portador(a) do RG nº CNH: 04883606333, expedido por DETRAN-CE, em 31 / 03 / 2016, CPF/CNPJ nº 016.260.093-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jean
Penne Magalhães do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Jean Penne Magalhães, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: EMPRESÁRIA Renda Mensal: R\$ RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: CNH,CPF,COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA - RECUSO COMPROVAR
PROFISSÃO E RENDA

Jucilene Maria da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





000317

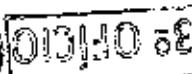
Órgão

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Júnio dos Santos Magalhães

RG nº 00798799302 data de expedição 01/08/2013
Órgão Detran/CE, portador do CPF nº 619.025.003-34, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua da Paz, nº 38,

complemento Romelito, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jean Pierre Magalhães, cujo o condutor era
Jean Pierre Magalhães.

Veículo: MotocicletaModelo: Honda/CB 300 RAno: 2015/2015Placa: PMW 1566 / CeChassi: 9C2AVC4Q10FR00693Data do Acidente: 03/07/2016Local e Data: Juazeiro do Norte - Ce, 02/08/2016

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 751 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 62310-010
Fone: (88) 3311-0229 / 3321-1952
BPF: Lúcia Marlene Flórentino Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JÚNIO DOS
SANTOS MAGALHÃES, D.O.S P.E. Juazeiro do Norte-Ceará,
02/08/2016

DIEGO HORACIO RODRIGUES SOARES

ISS-ON/IT/001

RECONHECIMENTO
FIRMA

Nº CA 316048

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JEAN PIERRE MAGALHAES
 Data Nasc.: 27/01/1976 Idade: 40 ano(s) 6 mes(es) e 5 dia(s)
 Prontuário: 134714 Admissão: 03/07/2016
 Mãe: MARIA DE LOURDES MAGALHAES
 Telefone:
 Sexo: Masculino RG: 20083926717
 CEP: Municipio: JUAZEIRO DO NORTE
 Bairro: ROMEIRAO
 Endereço: DA PAZ 1108

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: Emilia Patrícia Leite Saraiva Horário: 19:30

Queixa: refere dor no ombro d apes queda de moto

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02:	Glasgow:	Temp.:	Glicemia:	Régua: 5	Pulso/FC:
---------	----------	--------	-----------	----------	-----------

ATENDIMENTO

Médico: MARCOS AURELIO JEREMIAS LEITE CRM: 11639 N° 330636 P.A.:
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico:

Comorbidade:

HOA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFERINDO DOR EM OMBRO DIREITO. NEGA VOMITOS OU DESMAIO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
03/07/2016 19:30:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	Emilia Patrícia Leite Saraiva

EXAME	
Nº 1311	
SEGURADORA	
Nome	
RX OMBRO D LATERAL/ESCAPULAR (0204040116)	24 AGO. 2016
	Date Solicitação
	Urgente
	Situação
	03/07/2016 21:52
	Não
	Realizado
DPVAT	
PRESCRIÇÃO	

Médico: MARCOS AURELIO JEREMIAS LEITE CRM: 11639 03/07/16 21:52

Prescrição

TRAMAL 100MG + SF 100ML EV

Horário:

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

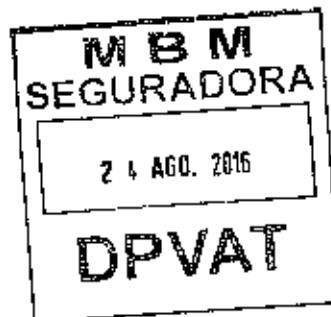
ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

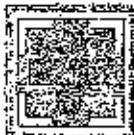
Alta. Conduta

Observação

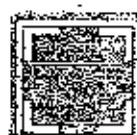
Referência para:

Óbito





HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI



BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 48592

Registro: 3262

Data/Hora: 06/07/2016 07:33

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHÃES

Mãe: MARIA DE LOURDES MAGALHÃES

Nasc: 27/01/1976

RG: 20083926717

CPF: 761.247.203-10

Sexo: Masculino

Idade: 40 anos, 5 meses e 9

Endereço: RUA DA PAZ

Nº 1108

Bairro: ROMEIRAO

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

UF: CE

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Fone: 88988197432 - 0

Profissão: VIGILANTE

Atendente: SILVANYFERREIRA

Tipo de Acomod.: Apartamento

Bloco: POSTO III

Quarto: APT - 004 Leito: 004

Médico Responsável: 005943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

História Clínica ou resumo:

Paciente com fratura na
Perna direita após acidente na
fiação, tratamento para clivagem.

Exames complementares:

Hematograma, Glicose, Coagulograma

H.C.F.
OBST

Radiografia

Diagnóstico:

Fratura P/la VI costela

00-00000000

Agudo Crônico Tempo de Evolução Meses Anos

Previsão de Alta: ____ / ____ / ____

Curado ()Trat. Ambulatorial ()

Óbito: _____

Melhorado ()
Indiscipliná ()

Causa: _____

M M M
SEGURADORA

Hora:

Transferido ()

24 AGO. 2016

Data: ____ / ____ / ____

DPVAT

Dr. Francisco Petronio Sampaio
CRM: 005943
CRF: 24/33-203-43

Médico Solicitante

Jean Pierre Magalhães

Paciente/Responsável

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3262

Data Inicial: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Bloco: POSTO III Enf/Apt:AP Leito: 004

Convênio: PARTICULAR

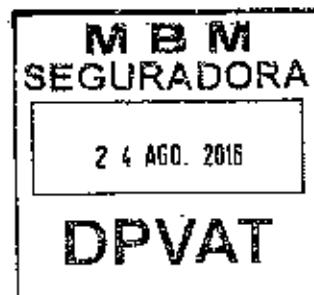
Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

1 - EVOLUÇÃO MÉDICA

1.1 - HISTÓRICO DO PACIENTE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM CONSEQUENTE FRATURA NA CLAVICULA
INTERNADO PARA CIRURGIA, APRESENTO DORES, EDEMA, IMPOTENCIA FUNCIONAL DO OMBRO.



Dr. Francisco Petronio Sampaio
Traumatologista
CRM-CE-5943 CPF-247.337.639-16

FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM-CE-5943
06/07/2016 14:07:24

**HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO
Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES**

- Prescrição Médica Nº: 1129

Registro



3262

Prontuário: 486/92
Sexo: Masculino
Clínica: Cirúrgica

Registro: 3262
Idade: 40a 5m 9d
Entrada: 06/07/2016 às 07:33 Internado: 6h 40m 37s

Médico: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
Convênio: PARTICULAR
C.I.D.: NAO INFORMADO

Localização: 3, 004, 004

Mens de prescrição

	Qtd/dose	Unidade	Velocidade	Doses	Via acesso	Frequência	Infusão	Horários
1 DIETA BRANDA CONFORME ACEITACAO		1 Refeições		4 VO				11:00; 14:00; 17:00; 19:30;
Observações: APOS RECUPERACAO ANESTESICA								
2 ESQUEMA								
Observações: Iniciar agora!								
SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML - FR		500 ML		1 EV	Contínua	Gravitário	14:13;	
Velocidade de infusão		11 gotas/minu						
500								
3 CEPALOTINA SODICA 1GR - FRS/AMP		1 FRS		3 EV	06/06	04	12:00; 18:00; 00:00;	
4 TRAMADOL 50MG/ML - AMP (1ML)		1 AMP		1 EV	12/12		18:00;	
Itens manipulados								
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML - FR		1 FRS						
5 DIPIRONA SODICA 1G/2ML - AMP		1 AMP		3 EV	06/06		12:00; 18:00; 00:00;	
Itens manipulados								
AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML		8 ML						
6 OMEPRAZOL 40MG - AMP		1 AMP		1 EV	Única		23:00;	
Itens manipulados								
AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML		1 AMP						
7 TENOXICAM 20MG - FRS/AMP (2ML)		1 FRS		1 EV	12/12		18:00;	
Itens manipulados								
AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML		1 AMP						
8 GENTAMICINA 80MG/ML- AMP (2ML)		3 AMP		1 EV	Única		15:00;	
Observações: UMA X AO DIA								
Itens manipulados								
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML		1 FRS						
9 JELCO HEPARINIZADO								
10 CUIDADOS DE ROTINA				1	Continua		15:00;	
11 SINAIS VITAIS				1	Continua		15:00;	
Pressão Arterial Diastólica				1	Continua		15:00;	

Vigência: 06/07/2016 às 06:00
até: 07/07/2016 às 05:59

Dr. Francisco Petronio Sampaio
Internação
CRM: 3913 CRM: 241.931-004-40

JUAZEIRO DO NORTE, 06 de julho de 2016.

Emitido em:
06/07/2016 às 14:13

FRANCISCO PIETRONIO SAMPAIO
CRM: 5943

farmacêutico(a) ou Técnico responsável/Carimbo

Enfermeiro(a) ou Técnico responsável/Carimbo

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Data: 06/07/2016

Nº Registro: 3262

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHÃES

Carteira:

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO
CLIENTE ADMITIDO NESTE LEITO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO PROCEDENTE DE SUA RESIDÊNCIA, VEIO ACOMPANHADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, PELE INTEGRA, É DIABÉTICO, HIPERTENSO, ETILISTA, ALÉRGICO, A AS, NEGA TABAGISMO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTE, REALIZADO ECG, AGUARDA PARECER CARDIOLOGICO, EXAMES LAB, AGUARDA RESULTADO..

SSVV
PA:140/100MMHG
P:76
T:36,5
R:20



SILVANIA FERREIRA DE SOUZA
COREN-CE-136242
06/07/2016 08:49:13

4992

DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DO CEARÁ

Alvará para procedimentos

Cronograma: Período

Data: 06/12/2016

Nº SICOM: 17610 Nro. Médico: Dr. Lízio

Fixa de Série	Nome do medicamento / Descrição	Unidade	Quantidade / Unidade	Validade
24	Afronofina	AMP	10ml	06/12/2016
	Água Destilada Higi	AMP	10ml	06/12/2016
	Água Destilada 100ml	FL	100ml	06/12/2016
53	Água Oligocond	ML	500ml	06/12/2016
	Álcool Fodado	ML	80	06/12/2016 X50ml
	AminoSilane	AMP	10ml	06/12/2016
	Anestesia	ML	10ml	06/12/2016
	Antiseptico 0,5%	ML	10ml	06/12/2016
	Betaferon	ML	10ml	06/12/2016
	Brevidine	AMP	10ml	06/12/2016
	Cetodine 100ml	AMP	100ml	06/12/2016
T	Dacodren 1mg (Benzodiazepino)	AMP	10ml	06/12/2016
	Difenoxin	AMP	10ml	06/12/2016
	Dimesor 0,2 e 1mg	AMP	10ml	06/12/2016
	Dolosal 100mg	ML	10ml	06/12/2016
	Doxazone 5mg	AMP	10ml	06/12/2016
	Droperidol	AMP	10ml	06/12/2016
	Efedrina 50mg	AMP	10ml	06/12/2016 CV 2%
	Efexin 100g	AMP	10ml	06/12/2016
	Endo Gengiv Cromado 10g	UN	10g	06/12/2016
	Endo Gutta Bióptico Nº	UN	10g	06/12/2016
	Metyl Nº	UN	10g	06/12/2016
	Endo Nº	UN	10g	06/12/2016
	Glicerol 10mg/ml	AMP	10ml	06/12/2016
	Etar	ML	10ml	06/12/2016
	Fenargan	AMP	10ml	06/12/2016
	Fentanest	AMP	10ml	06/12/2016
	Frigidação 4,5 ou 6,5	AMP	10ml	06/12/2016
	Glicose 25% em 50%	ML	10ml	06/12/2016
	Glutaron	ML	10ml	06/12/2016
	Hemostacol	ML	10ml	06/12/2016
	Heparina 5000U/ml	ML	10ml	06/12/2016
	Hidrocortisone	ML	10ml	06/12/2016
	Hipaque 50%	ML	10ml	06/12/2016
	Inovéol	ML	10ml	06/12/2016
	Isoflurano	ML	10ml	06/12/2016
	Kanaklon	ML	10ml	06/12/2016
	Ketafen 50mg/ml	ML	10ml	06/12/2016
	Lamivusi 0,5mg	ML	10ml	06/12/2016
	Lasix 40mg (Furosemida)	ML	10ml	06/12/2016
	Methergin	AMP	10ml	06/12/2016
	Nacionina	AMP	10ml	06/12/2016
	Narcotan 0,4mg	ML	10ml	06/12/2016
	Naropin	ML	10ml	06/12/2016
	Neoselton 1mg	ML	10ml	06/12/2016
	Neozolina 0,5%	ML	10ml	06/12/2016
	Neozolina Pesa 0,5%	ML	10ml	06/12/2016
	Neozolina SV 0,5%	ML	10ml	06/12/2016
	Novabupi CV 0,6%	ML	10ml	06/12/2016
	Novabupi SV 0,01%	ML	10ml	06/12/2016
	Novabupi 0,75 FV	ML	10ml	06/12/2016
	Novabupi 0,75 SV	ML	10ml	06/12/2016
	Novelgina 500mg/ml	ML	10ml	06/12/2016
	Nubain 10mg	AMP	10ml	06/12/2016
	Oles de Canale	ML	10ml	06/12/2016
	Omeprazol 40mg	ML	10ml	06/12/2016
	Orasline	ML	10ml	06/12/2016
	Panacetan	ML	10ml	06/12/2016
	Pavulon	ML	10ml	06/12/2016
	Plase 10mg	AMP	10ml	06/12/2016
	Progofol 1% a 2%	ML	10ml	06/12/2016
	Prostagmine 0,075%	ML	10ml	06/12/2016
	Quelicin 100mg	AMP	10ml	06/12/2016
	Sevoflurano	ML	10ml	06/12/2016

A.C.F.

a.s. carvalho

**M B M
SEGURADORA**

24 AGO. 2016

DPVAT

DATA:

NOME:

PCT

REG. N°

ASÉSTICOS:

Fractura de fíbula

M&M
SEGURADORA

24 AGO. 2016

DPVAT

CIRURGIAS REALIZADAS:

(Grafedon tubo)

CF
CP
CD
CD 2016

CÓDIGO AMB:

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

Passante de fio
orientado no fio
para fixar osteosíntese
de esquerda da fíbula.
Tudo feito na face profunda
anterior fáscia com fio de
mármol. Fraturas fixadas
com fio de mármol.

Dr. Francisco Pedroso Sampaio
Ortopedista
CRMES OFF 20.231.003-9

CIRURGIAO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

PRE-ANESTÉSICO

Nome	Reg.			
Sexo	Idade	Peso	Alt.	Clinica
Diag. Pós-OP:				
Cirurgia Proposta:				
Anest. Ant:				
Alergia				
Fumo/Temps - Quant.			Alcool	
Drogas em uso - Doses				
Estado Mental		Tipo de Sangue		
Boca		Pescoco		
PA.	X	F.C.	Pulse	Veias
Ap. Resp.				
Ap. Circ.				
Ap. Gen - Uri				
S. Nervoso				
S. Endocrino				
Exs. Compl.				
Est. Físico(asas)		Anest. Proposta		
Assinatura				

PÓS - ANESTÉSICO

Sala de Recuperação	Enfermaria
Data - Hora	Data - Hora
 MBM SEGURADORA <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">24 AGO. 2016</div>	
DPVAT	
Assinatura	Assinatura

Obs.:



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: *Xim Preira Maranhão*

Nº do Registro:

Idade: 40

Data: 06/07/2016

Convênio:

Leito:

Cirurgião: *Dr. P. J.*

Anestesista: *DR. J.*

Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:

50 - 100 mg - 16:10

10	X	15	30	45	14	18	30	45	12	16	30	45	13	15	30	45	14	16	18	30	
A	N2O																				
G	O2																				
E																					
T																					
R																					
S																					

SEGURO D'OR

24 AGO. 2016

DPMAT

Liquidos
Venenosos

PA	PC	240	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
PULSO	RR	220	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
ANES	X	200	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
OP.	O	180	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
TEMP.	Δ	160	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
ASPIR.	A	140	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
RESP.	C	120	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
		100	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
		80	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
		60	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
		40	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
		20	30	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140	70	140
	Export																			
	Assist																			
	Centro																			

SÍMBOLOS

AGENTES	DÓSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>nicotina</i>	<i>400</i>	<i>veia - aspirado</i>	<i>Pre anest</i>
B. <i>N2O</i>	<i>400</i>		<i>1. O2</i>
C. <i>etomidate</i>	<i>250</i>		<i>2. Oxalato de</i>
D.			<i>3. Cauda</i>
E.			<i>4. Cauda</i>
F.			<i>5. Cauda</i>
G. <i>propofol</i>	<i>100</i>		<i>6. Cauda</i>
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/OROFARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA	
DOCUMENTOS		DIFÍCULDADE TÉCNICA	
SG - JU -		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	<i>300</i>	<i>60</i>	
OPERAÇÃO	<i>tratamento</i>		

Laringo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipóxia -
BUCKING - Vômito

Hemorragia - Arritmia -
Bradí - Taquicardia - Choque

CIRURGIAO

PERDA

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO
CAIRIRI**

Nº REGISTRO

3262

PACIENTE: JEAN PIERRE MAGALHAES

IDADE: 40a 5m 9d

CONVÉNIO: PARTICULAR

MÉDICO: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

BLOCO: POSTO 3 -

ACOMODAÇÃO: APT -

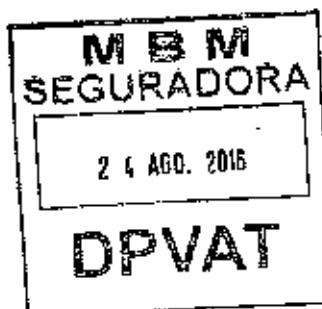
LEITO: 004

DATA ENTRADA: 06/07/2016

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

1.1 - PRESCRIÇÃO
SORO GLICOSADO 500ML IV



FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
5943
06/07/2016 08:50:38

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRI

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Carteira:

Local Endo/PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

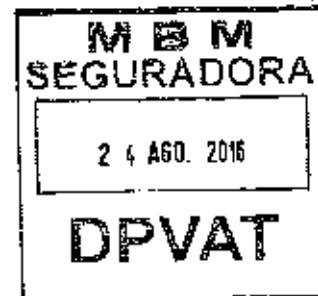
CLIENTE ADMITIDO NESTE LEITO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO PROCEDENTE DE SUA RESIDÊNCIA. VEIO ACOMPANHADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, PELE INTEGRA. É DIABETICO HYPERTENSO, ETILISTA, ALÉRGICO, A AS, NEGA TABAGISMO. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE. REALIZADO ECG, AGUARDA PARECER CARDIOLÓGICO. EXAMES LAB, AGUARDA RESULTADO, PUNCIONADO A V P MSE, SOROTERAPIA, AFERIUO SSVV, EM REPOUSO NO LEITO, AGURADANDO CHAMADO DO CC.

PA = 140 X 100 MMHG

TEMP= 36.5°C

P= 76BPM

R= 18RPM



CICERA MARIA DA SILVA
COREN-CE-704272
06/07/2016 11:13:53



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRI

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHÃES

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

AS 14HS CLIENTE EM PRE-OPERATÓRIO DE CLAVÍCULA [D] CONSCIENTE, LÚCIDO E ORIENTADO RESPIRANDO AR AMBIENTE, VERBALIZANDO MANTENDO AVP MSE, REALIZADO RX E ENCAMINHADO PARA SO

AS 16HS CLIENTE RETORNA DA SO SOB EFEITO ANESTÉSICO, CONSCIENTE, LÚCIDO E ORIENTADO RESPIRANDO AR AMBIENTE, VERBALIZANDO, MANTENDO AVP MSE+ REPOUSO NO LEITO, REALIZADO RX DE CONTROLE, AFERIDO SSV PA=140X80 T=35.2°C E SEGUE EM OBS DA ENFERMAGEM



MARIA BERNADETE DA CRUZ
COREN/CE-109930
06/07/2016 16:12:04

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO
Paciente: JEAN PIERRE MAGALHÃES

Pronome: 485/92
Sexo: Masculino
Clinic: Cirúrgica

Registro: 3262
Idade: 40x 5m 10d
Entrada: 06/07/2016 as 07:33 Internado: 23h 54m

Conta: 3262

Prescrição Médica Nº: 1130

Registro
3262

Médico: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
Convênio: PARTICULAR
C.I.D.: - NAO INFORMADO

Localização: 3, 004, 004

Itens de prescrição

1 DIETA BRANDA CONFORME ACEITAÇÃO

Observações: APOS RECUPERACAO ANESTÉSICA

	Qtd/dose	Unidade	Velocidade	Doses	Via acesso	Frequência	Infusão	Horários
1 DIETA BRANDA CONFORME ACEITAÇÃO	1 Refeições			5 VO				06:00; 11:00; 14:00; 17:00; 18:00
2 CEFALOTINA SÓDICA 1GR - FRS/AMP	1 FRS			4 EV	06/06			09:00; 12:00; 15:00; 18:00; 20:00;
3 TRAMADOL 50MG/ML - AMP (1ML)	1 AMP			2 EV	12/12			06:00; 19:00;
Itens manipulados								
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML - FR	1 FRS							
4 DIPIRONA SÓDICA 1G/2ML - AMP	1 AMP			4 EV	06/06			06:00; 12:00; 18:00; 20:00;
Itens manipulados								
AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML	8 ML							
5 OMEPRAZOL 40MG - AMP	1 AMP			1 EV	Única			06:00; 13:00 - 06
Itens manipulados								
AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML	1 AMP							
6 TENOXICAM 20MG - FRS/AMP (2ML)	1 FRS			2 EV	12/12			06:00; 18:00;
Itens manipulados								
AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML	1 AMP							
7 GENTAMICINA 80MG/ML- AMP (2ML)	3 AMP			1 EV	Única			06:00; 12:00;
Observações: UMA X AO DIA								
Itens manipulados								
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML - FR	1 FRS							

8 JELCO HEPARINIZADO

9 CUIDADOS DE ROTINA

10 SINAIS VITais

Pressão Arterial Diastólica

Pressão Arterial Sistólica

FC

FR

Temperatura

W E M
SEGURADORA

24 AGO. 2016

DPVAT

JUAZEIRO DO NORTE, 07 de julho de 2016.

Dr. Francisco Petronio Sampaio
Jácome Oliveira
CRM-CE/CNPJ: 247.338.803-49

Francisco Petronio Sampaio é o médico responsável. Carimbo

Endereço: Rua T-200, nº 123, Centro, Juazeiro do Norte, CE

Data: 07/07/2016 as 06:00

Entrega: 08/07/2016 as 05:59

Medida em:

001 2,50 as 01:23

FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO,
CRM-CE/CRF-CE

Carimbo

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIPI

Nº Registro: 3262

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHÃES

Convênio: PARTICULAR

Médico: 6943 FRANCISCO PETRÔNIO SAMPAIO

Data: 06/07/2016

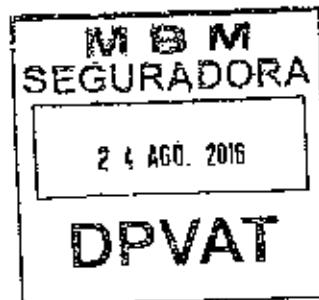
Carteira:

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

CLIENTE EM P.O CLAVICULA NO 1º DIA, EVOLUI EM REPOUSO NO LEITO, COM ALGIAS MODERADA CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, MANTÉM JELCO - HIDROLIZADO, DADO PARECER CARDIOLOGICO, MÉDICO DO CONF PRES, SÓ VV AFERIDOS SEGUO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.
PA 140 X 90 MMHg
TEMP 35,1°C
RESP 20 Rpm
PULSO 89 Bpm




CICERA MARIA DA SILVA
COREN-CE-704272
07/07/2016 08:20:28

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRUPI

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 6943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Evolução Técnico de Enfermagem

1. EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

AS 14:20 CLIENTE EVOLUINDO BEM NO 1º D.P.O DA CLAVÍCULA [D] CONSCIENTE, LÚCIDO E ORIENTADO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, AFEBRIL EUPNÉICO, NORMOTENSO, MANTENDO REPOUSO NO LEITO+JELCO HD. MSE , COM BOA ACEITAÇÃO ALIMENTAR, FUNÇÕES FISIOLÓGICA ENFERMAGEM



MARIA BERNADETE DA CRUZ
COREN/CE 109930
07/07/2016 14:21:04

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRI

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHÃES

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

I - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

CLIENTE 40 ANOS, EVOLUINDO BEM AO P.O DE CLAVICULA, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO HIDRATADO, COOPERATIVO, CALMO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, REPOUSO NO LEITO ACOMPANHADO, ACETANDO BEM A DIETA OFERECIDA, HIPERTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, SSVV AFERIDOS, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, JELCO HIDROLIZADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES, HIGIENE SATISFATORIA, SEM QUEIXAS NO PRESENTE MOMENTO

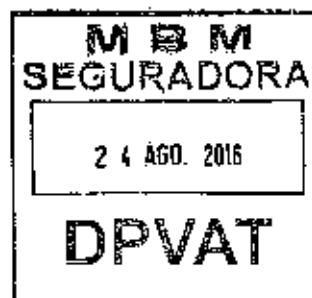
P.A: 130X70 mmhg

T°: 36,7°C

R: 20 rpm

P: 81 bpm

SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM



SARA DIAS BARROSO
COREN-CE-967402
07/07/2016 21:37:02



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRU

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

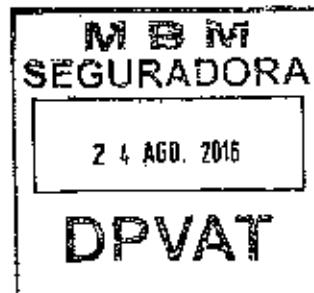
Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

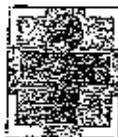
1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

CLIENTE RECEBEU VISITA MÉDICA, RENOVAÇÃO CURATIVO, COM BOM ASPECTO. APÓS ALTA.
HOSPITALAR. SAIU DEAMBULANDO. ACOMPANHADO.
PA 140 X 90 MMHg
TEMP 36,5°C
RESP 20 Rpm
PULSO 78 Bpm.




CICERA MARIA DA SILVA
COREN-CE-704272
08/07/2016 10:31:02



HOSPITAL DAS
CLÍNICAS
E FRATURAS DO CARIRI

Avenida Padre Cicero KM.02 Bairro: Triângulo
Juazeiro do Norte CE
PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517

NOME DO CLIENTE: JEAN PIERRE MAGALHÃES

EXAME
SOLICITADO:

RAIOS X DA CLAVICULA

DATA
06/07/2016

IDADE
40 ANOS

MEDICO:

PETRONIO

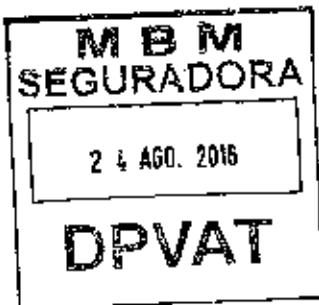
CRM: 5943/CE

CONVÊNIO

PARTICULAR

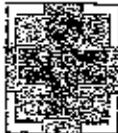


Fractura em 1/3 media
da Clavícula



R. EDUARDO LOPES
CRM: 721 - CPF: 041.610.203-78

DR. EDUARDO LOPES
CRM: 721



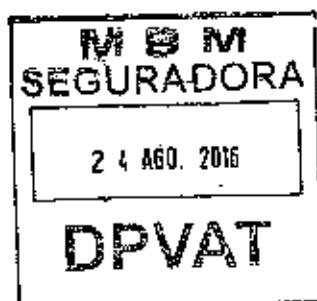
HOSPITAL DAS
CLÍNICAS
E FRATURAS DO CARIRI

Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo
Juazeiro do Norte CE
PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517

NOME DO CLIENTE:		JEAN PIERRE MAGALHAES		
EXAME SOLICITADO:		RAIOS X DA CLAVICULA		DATA 06/07/2016
MEDICO:	PETRONIO	CRM:	5943/CE	IDADE 40 ANOS



Filtros de 1/2 medida
do clavicular, com placas
de osteosíntese.



DR. EDUARDO LOPES
Lopes

DR. EDUARDO LOPES
CRM: 721

REGISTRO
GERAL

2008392671 - 7

DATA DE
EXPEDIÇÃO
27/11/2012

Poder Civil



Jean Pierre Magalhães

CERTIFICA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Recursos Fiscais

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JEAN PIERRE MAGALHÃES

Nº de Inscrição

761247203-10

Data de Nascimento

27/01/78



NOME

JEAN PIERRE MAGALHÃES

FILIAÇÃO

JOSÉ FRANCISCO MAGALHÃES

MARIA DE LOURDES MAGALHÃES

NATURALIDADE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

DOC. PRIMIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 13.703 FOLHA: 129

LIVRO: 66 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF: 761.247.203-10

DATA DE NASCIMENTO
27/01/1976RG: ANT: 282592094
P.: 98

Assinatura do emitente

Assinatura do INMETRO

LEI Nº 7.118 DE 29/06/85

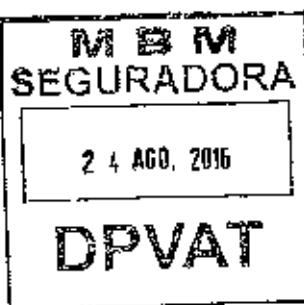
Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

SER
P
R
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 06/11/95





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **761.247.203-10**

Nome da Pessoa Física: **JEAN PIERRE MAGALHAES**

Data de Nascimento: **27/01/1976**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/11/1995**

Dígito Verificador: **00**

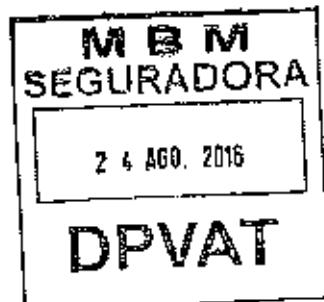
Comprovante emitido às: **10:17:01**; do dia **24/08/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **33E9.EF5D.927F.69C5**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





માનુષ જીવન

卷之三

M B M
SEGURADORA
24 AGO. 2016
DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **016.260.093-33**

Nome da Pessoa Física: **JUCILENE MARIA DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/10/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/11/2003**

Dígito Verificador: **00**

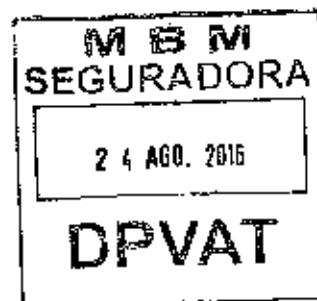
Comprovante emitido às: **10:34:40** do dia **24/08/2016** (hora e data de Brasília).

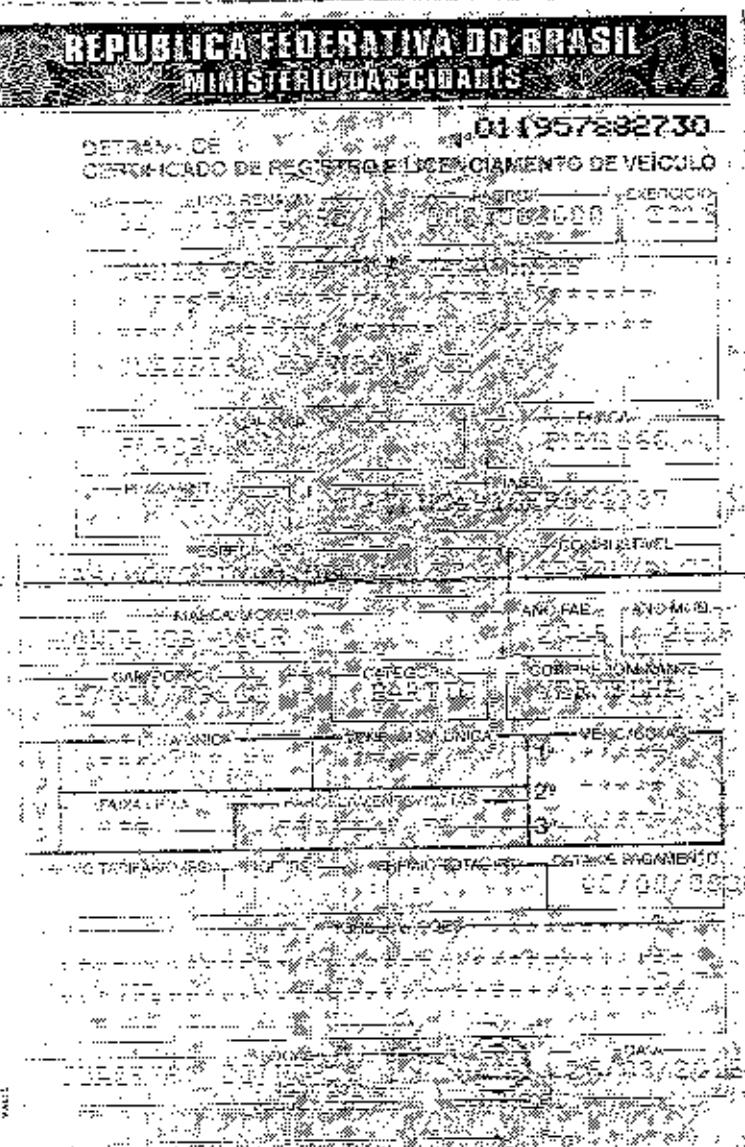
Código de controle do comprovante: **C55F.F52A.9005.5BDB**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160539969 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN PIERRE MAGALHAES **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DOR ARTICULAR, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

**Consulta de Veículo**

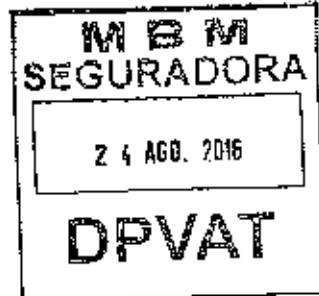
ATENÇÃO: As informações obtidas através de consulta a este site não servem como certidão de regularidade.

Dados do Veículo

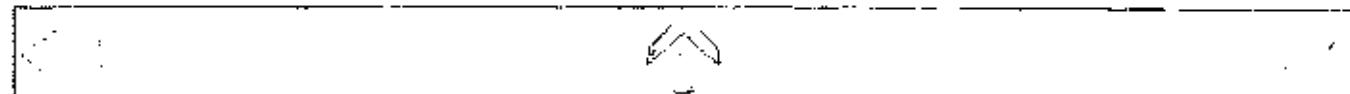
Placa	PMM1566
Código RENAVAM	01043454052
CPF/CNPJ do Proprietário	619.025.003-34
Nome do Proprietário	JUNIO DOS SANTOS MAGALHAES
Tipo	MOTOCICLETA
Espécie	PASSAGEIRO
Carroceria	NÃO APLICAVEL
Categoria	PARTICULAR
Combustível	ALCOOL/GASOLINA
Marca/Modelo	HONDA/CB 300R
Ano Fabricação	2015
Ano Modelo	2015
Cor	VERMELHA
Lotação	2
Capacidade de Carga	*
Potência	*
Cilindradas	291

Indicadores de Situação do Veículo

Restrição-1	NAO HA
Restrição-2	NAO HA
Restrição-3	NAO HA
Restrição-4	NAO HA
Existe Ocorrência de Roubo Furto Ativa?	Não
Existe Comunicação de Venda?	Não
Existe Restrição Judicial RENAJUD?	Não
Existe Multa Interestadual?	Não
Existe Recall?	Não



Para obter detalhes das restrições ou informações adicionais procure o DETRAN do seu veículo.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160539969 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN PIERRE MAGALHAES **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO DIREITO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jean Pierre Magalhães, brasileiro(a), estado civil: Casado
 Profissão: Vigilante, portador(a) do RG 200839267-U, Órgão expedidor SSP/CE
 e do CPF: 461.241.203-10, residente no(a) Rua da Paz
 nº 1108 bairro: Pirajá, município: Juazeiro do Norte/CE.

OUTORGADO:

Nome: JUCILENE MARIA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
 Profissão: RECUSO, portador(a) do RG CNH: 04883606333, Órgão expedidor DETTRAN-CE
 e do CPF: 016.260.093-33, residente no(a) AV. AILTON GOMES DE ALENCAR
 nº 2073, bairro: PIRAJÁ, município: JUAZEIRO DO NORTE / CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Jean Pierre Magalhães.
 Local e Data: Juazeiro do Norte-CE, 09/08/16

Jean pierre magalhães

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
 Rua São Pedro, 781 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63060-000
 Fone: (88) 3611-0829 / 3687-1557
 Des. Luiza Maria da Silveira Viana - Titular

Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) à firma de: JEAN PIERRE MAGALHÃES, RG: 461.241.203-10, Juazeiro do Norte-CE, 02/08/2016.

DIEGO HORACIO RODRIGUES SOARES

ISS-AMBITO-FI

RECORDEME

Nº CA 316049

