

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.

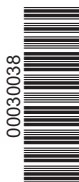
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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 início 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 início 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 nº: 9961448

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.: 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





Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

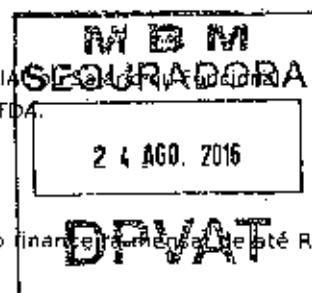
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **JEAN PIERRE MAGALHAES**, 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 MAGALHAES**, 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 POUPANÇA 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 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 1 Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1598-9 Nº DA CONTA (com dígito, se existir) 13356-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (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) _____

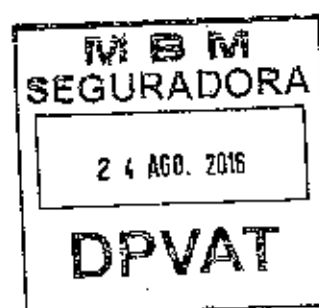
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Ido Montele, 23 de Agosto de 2016 LOCAL E DATA
Jean Pierre Magalhães 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.dpvatsegurodotransito.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?

(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.

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)?

(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.

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

() “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):

Membro superior - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 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.

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


Saúde SEG André de Oliveira Lasi
CRM 16586

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.: Glicemia: Régua: 5 Pulso/FC:

Médico: MARCOS AURELIO JEREMIAS LEITE		CRM: 11639	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> M B M SEGURODORA 24 AGO. 2016 DPVAT </div>	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 VÔMITOS OU DESMAIO				

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

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

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX OMBRO D LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	03/07/201 21:52	Não	Realizado

Médico: MARCOS AURELIO JEREMIAS LEITE		CRM: 11639	03/07/16 21:52
Prescrição			Horário:
TRAMAL 100MG + SF 100ML EV			

EVOLUÇÃO

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

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

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



DECLARATÓRIO DE ATO
DECLARATÓRIO CONFORME
CIRCULAR DIREOP 004/2014

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



0015

Documento de Identificação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **JEAN PIERRE MAGALHAES**, 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 possuo 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	

**M E M
SEGURADORA**

24 AGO. 2016

DPVAT

Por ser verdade, firmo-me.

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

Jean Pierre Magalhães
JEAN PIERRE MAGALHAES



DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucilene Maria da Silva
RG nº Cnh 04883606333 data de expedição 31/03/15 órgão Detran/ce

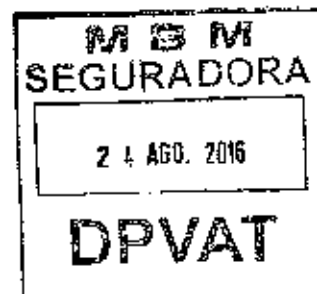
CPF nº 016.260.093-33 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Adilton Gomes</u>
Número	<u>2073</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pinaja</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.034-005</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3542-0398 / (88) 99779-2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Lucilene 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

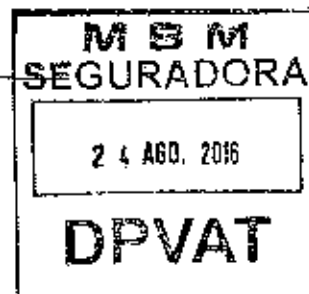
31 / 03 / 2016, CPF/CNPJ nº 016.260.093-33,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jean Pierre Magalhães do sinistro de DPVAT da natureza Inatidez da vítima Jean Pierre 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





0031

0000

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Junio 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 30,

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

Jean Pierre Magalhães.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda/CB 300R

Ano: 2015/2015

Placa: PMM 4566/CE

Chassi: 9C2NC4G10FR00693

Data do Acidente: 03/07/2016

Local e Data: Juazeiro do Norte-CE, 02/08/2016

Junio dos Santos Magalhães  

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)



Cv

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 754 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3311-0329 / 3327-1852
Bat., Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JUNIO DOS SANTOS MAGALHÃES, DOB PE. Juazeiro do Norte-Ceará, 02/08/2016

Diego Horácio Rodrigues Soares

(SS-00111-001)

RECONHECIMENTO
FIRMA

Nº CA 316048



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: 20083928717

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP:

Bairro: ROMEIRAO

Endereço: DA PAZ 1108

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO

Classificador: Emilia Patricia 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.:

Glicemia:

Régua: 5

Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: MARCOS AURELIO JEREMIAS LEITE

CRM: 11639

Nº

330636

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

EXAME EM
SEGURADORA

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX OMBRO D LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	24 AGO. 2016	03/07/201 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
---------------	------------------	-----------

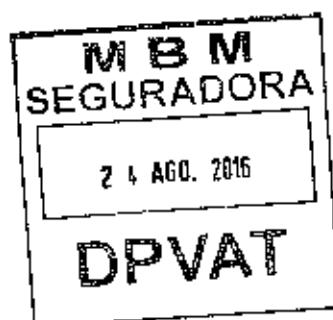
ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

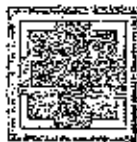
☐ Alta. Conduta

☐ Observação

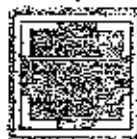
☐ Referência para:

☐ 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 MAGALHAES
 Mãe: MARIA DE LOURDES MAGALHAES
 Nasce: 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
 clavícula direita após acidente motor-
 ciclistico. Tratado com
 fixação cirúrgica.

Exames complementares:

Hemograma, glicose, creatinina, uréia,
 R. do tórax.

Diagnóstico:

Fratura plavicular



() Agudo () Crônico () Tempo de Evolução ____ () Meses () Anos

Previsão de Alta: ____/____/____

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Indisciplinado ()

Óbito: _____

Causa: _____



Hora: _____

Transferido ()

Jeana Luiza Magalhaes

Paciente/Responsável

Dr. Francisco Petronio Sampaio
 CRM: 5943 CPF: 247.203.203-43

Médico Solicitante



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3262

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Data Inicial: 06/07/2016

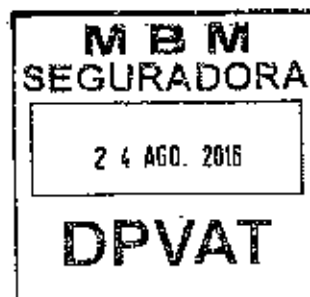
Bloco: POSTO III Ent/Apt: AP Leito: 004

Carteira:

1 - EVOLUÇÃO MÉDICA

1.1 - HISTORICO DO PACIENTE

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



Dr. Francisco Petronio Sampaio
Tratamento Médico
CRM 5943 CPF 241.331.632-15

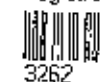
FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM-CE-5943
06/07/2016 14:07:24

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

- Prescrição Médica Nº: 1129

Registro



Prontuário: 485/92
Sexo: Masculino
Clínica: Cirúrgica

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

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

Localização: 3, 004, 004

Itens de prescrição

	Qtda/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				1	EV	Contínua	Gravitaro	14:13;
Observações: Iniciar agora!								
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - FR	500	ML						500;
Velocidade de infusão	11	gotas/minu						11;
3 CEFALOTINA SÓDICA 1GR - FRS/AMP	1	FRS		3	EV	06/06		12:00; 18:00; 00:00;
4 TRAMADOL 50MG/ML - AMP (1ML)	1	AMP		1	EV	12/12		18:00;
Itens manipulados								
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML - FR	1	FRS						
5 DIPIRONA SÓDICA 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 FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	1	FRS						
9 JELCO HEPARINIZADO	1					Contínua		15:00;
10 CUIDADOS DE ROTINA	1					Contínua		15:00;
11 SINAIS VITAIS	1					Contínua		15:00;
Pressão Arterial Diastólica								

MEM
SEGURADORA

FR 24 AGO. 2016

DPVAT

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

Emitido em:
06/07/2016 às 14:13

FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM: 5943

JUAZEIRO DO NORTE, 06 de julho de 2016.

Farmacêutico(a) ou Técnico responsável/ Carimbo

Enfermeiro(a) ou Técnico responsável/ Carimbo

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Data: 06/07/2016

Nº Registro: 3262

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Carteira:

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

CLIENTE ADMITIDO NESTE LEITO PARA TRATAMENTO CIRURGICO PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA, VEIO ACOMPANHADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, PELE INTEGRAL, É DIABÉTICO, HIPERTENSO, ETILISTA, ALÉRGICO, A AS, NEGA TABAGISMO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS 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

48792

UNAS CLINICAS E HOSPITAIS DO CARIRI

Cidade: Praça MagníficaGerência: MedicinaEndereço: Av. ...Data: 06/12/2016Paciente: ...Médico: Dr. ...

Tela de Sala		Sala de Procedimento / Anestesia	
1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Atorclina	AMP
2 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Água Destilada 100ml	AMP
3 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Água Destilada 1000ml	TP
4 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Água Oxigenada	TP
5 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Alcool 70º	AMP
6 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Aminofilina	AMP
7 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Amoxicilina	AMP
8 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Atropina 0,5mg	AMP
9 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Baclofen 10mg	AMP
10 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina	AMP
11 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
12 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
13 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
14 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
15 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
16 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
17 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
18 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
19 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
20 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
21 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
22 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
23 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
24 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
25 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
26 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
27 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
28 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
29 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
30 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
31 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
32 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
33 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
34 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
35 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
36 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
37 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
38 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
39 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
40 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
41 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
42 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
43 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
44 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
45 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
46 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
47 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
48 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
49 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
50 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
51 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
52 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
53 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
54 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
55 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
56 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
57 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
58 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
59 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
60 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
61 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
62 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
63 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
64 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
65 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
66 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
67 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
68 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
69 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
70 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
71 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
72 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
73 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
74 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
75 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
76 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
77 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
78 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
79 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
80 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
81 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
82 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
83 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
84 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
85 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
86 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
87 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
88 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
89 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
90 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
91 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
92 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
93 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
94 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
95 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
96 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
97 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
98 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
99 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP
100 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		Benzidrina 10mg	AMP





HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI.

BOLETIM DE CIRURGIA

Nome:

Idade:

o PET

REG. Nº

ANESTÉSICOS:

Fratura de IV

SEGURADORA

24 AGO. 2016

CIRURGIAS REALIZADAS:

DPVAT

Ortopedia



CÓDIGO AMB:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Paciente de 60 anos
com fratura de fêmur
da perna direita, com
deslocamento na base da
condila. Realizada a fixação
com placa e parafusos.
Fechada a ferida com fio de
sutura. Curativo.

Dr. Francisco Pereira Sampaio
CRM 231.803-49

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

3º AUXILIAR

2º AUXILIAR

PRE-ANESTÉSICO

Nome	L. P. P.				Reg.
Sexo	Idade	Peso	Alt.	Clínica	
Diag. Pré-Op.	F. P. P.				
Cirurgia Proposta	F. P. P.				
Anest. Ant.					
Alergia					
Fumo Tempo - Quant.			Alcool		
Drogas em uso - Doses					
Estado Mental			Tipo de Sangue		
Boca			Pescoco		
PA	FC	Pulso	Veias		
Ap. Resp.					
Ap. Circ.					
Ap. Gen - Uri	Chama para				
S. Nervoso					
S. Endócrino					
Exs. Compl.	Exs. Compl.				
Est. Físico(asa)					
Anest. Proposta			Assinatura		



PÓS - ANESTÉSICO

Sala de Recuperação		Enfermaria	
Data - Hora	Data - Hora		
Assinatura		Assinatura	

Obs.:



Nome do Paciente:

Nº do Registro:

Idade: 41,5

Date: 06/1/2016

Convênio:

Cirurgião

Anestesiista:

Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:

93.15

18.12.11

AGENTS

N20
57

Liquids
VariablePA
v

PULSO

ANES

03

TEMP.

ASFIR

RESP

Export	
Assist	
Conno	

SÍMBOLOS

AGENTES	DÔSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>Atropina</i>	<i>4mg</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
B. <i>Albúmina</i>	<i>250</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
C. <i>Clorpromazina</i>	<i>250</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
D. <i>Clorpromazina</i>	<i>250</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
E. <i>Clorpromazina</i>	<i>250</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
F. <i>Clorpromazina</i>	<i>250</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
G. <i>Clorpromazina</i>	<i>250</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA	
<i>Depressão respiratória</i>		NASO/OROTRAQUEAL - CEGA	
<i>500ml</i>		BAL. - TAMP. - CALIBRE DO TUBO	
		SOB - MÁSCARA	
		DIFICULDADE TÉCNICA	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	<i>1000ml</i>	<i>60</i>	
OPERAÇÃO		Laringo - Espasmo - Excesso Secre. Depressão Respiratória - Hipóxia "BUCKING" - Vômito	Hemorragia - Arritmia Bradí - Taquicardia - Choque
		CIRURGIÃO	PERDA

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO
CAIRIRI

Nº REGISTRO

3262

PACIENTE: JEAN PIERRE MAGALHAES

IDADE: 40a 5m 9d

CONVÊNIO: 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 CAIRIRI

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Categoria: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

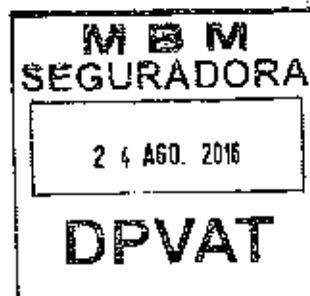
CLIENTE ADMITIDO NESTE LEITO PARA TRATAMENTO CIRURGICO PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA. VEIO ACOMPANHADO. CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, PELE INTEGRAL. É DIABETICO HIPERTENSO, ETILISTA, ALÉRGICO. A AS. NEGA TABAGISMO. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE. REALIZADO ECG. AGUARDA PARECER CARDIOLOGICO. EXAMES LAB. AGUARDA RESULTADO. PUNÇIONADO A V P MSE, SOROTERAPIA, AFERIDO SSVV EM REPOUSO NO LEITO. AGUARDANDO CHAMADO DO CC.

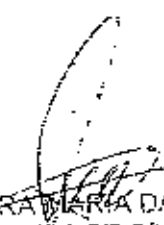
PA = 140 X 100 MMHG

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 CAIRIRI

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

:- EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

AS 14:HS 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 16:HS 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 BERNARDETE DA CRUZ
COREN/CE-109930
06/07/2016 16:12:04

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Prontuário: 485/92
Sexo: Masculino
Clínica: Cirúrgica

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

Conta: 3262

Prescrição Médica Nº: 1130

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

Registro
3262

Localização: 3, 004, 004

Itens de prescrição

Item	Ordem/tese	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; 19:00;
Observações: APOS RECUPERAÇÃO ANESTESICA								
2 CEFALOTINA SODICA 1GR - FR/S/AMP	1 FR			4 EV		06/06		06:00; 12:00; 18:00; 00:00;
3 TRAMADOL 50MG/ML - AMP (1ML)	1 AMP			2 EV		12/12		06:00; 18:00;
Itens manipulados								
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML - FR	1 FR							
4 DIFENIDRAMINA SODICA 1G/2ML - AMP	1 AMP			4 EV		06/06		06:00; 12:00; 18:00; 00:00;
Itens manipulados								
AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML	8 ML							
5 OMEPRAZOL 40MG - AMP	1 AMP			1 EV		Unica		06:00;
Itens manipulados								
AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML	1 AMP							
6 TENOXICAM 20MG - FR/S/AMP (2ML)	1 FR			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		Unica		06:00;
Observações: UMA X AO DIA								
Itens manipulados								
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML - FR	1 FR							
8 SORO HEPARINIZADO								
9 CUIDADOS DE ROTINA								
10 SINAIS VITAIS								
Pressão Arterial Diastólica								
Pressão Arterial Sistólica								
FC								
FR								
Temperatura								

M B M
SEGURADORA

24 AGO. 2016

DPVAT

JUAZEIRO DO NORTE, 07 de julho de 2016.

Dr. Francisco Petronio Sampaio
Instituto Oncopédia
CRM 22433 CPE 247.331.803-45

Farmacêutico responsável: Carimbo

Enfermeiro(a) responsável: Carimbo



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3262

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Data: 06/07/2016

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRÔNIO SAMPAIO

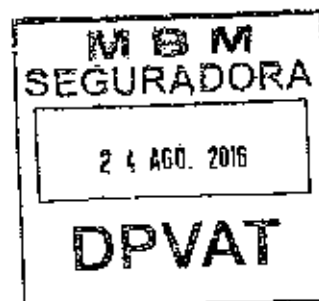
Carteira:


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, MEDICADO CONF PRESC, SS V V AFERIDOS SEGUE AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM.
PA 140 X 90 MMHg
TEMP 35,1°C
RESP 20 Rpm
PULSO 80 Bpm




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



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRARI

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

AS 14:20 CLIENTE EVOLUINDO BEM NO 1º D.P.O DA CLAVÍCULA [D] CONSCIENTE, LÚCIDO E ORIENTADO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, AFEBRIL EUPNEÍCO, NORMOTENSO, MANTENDO REPOUSO NO LEITO+JELCO HID. MSE, COM BOA ACEITAÇÃO ALIMENTAR, FUNÇÕES FISIOLÓGICA PRESENTES, ACOMPANHADO, AFERIDO SSVV PA=130X80 T=37°C MEDICADO E SEGUE EM OBS DA ENFERMAGEM



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



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

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, ACIETANDO BEM A DIETA OFERECIDA, HIPERTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, SSVV AFERIDOS, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, JELCO HIDROLIZADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, HIGIENE SATISFATORIA, SEM QUEIXAS NO PRESENTE MOMENTO

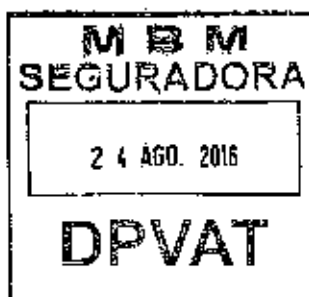
P.A: 130X70 mmHg

Tº: 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 CAIRIRI

1º Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Cadeira:

Médico: 5843 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

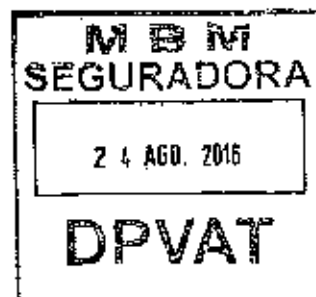
CLIENTE FRECEBEU VISITA MÉDICA, RENOVADO CURATIVO, COM BOM ASPECTO. APÓS ALTA HOSPITALAR, SAIU DEAMBULANDO, ACOMPANHADO.


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 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

IDADE
40 ANOS

MEDICO:

PETRONIO

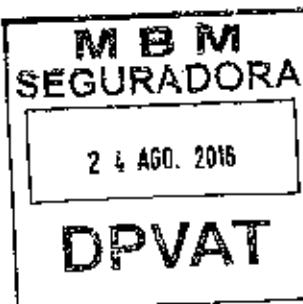
CRM: 5943/CE

CONVÊNIO

PARTICULAR

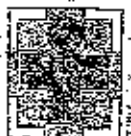


*Fratura em 1/3 médio
da clavícula.*



DR. EDUARDO LOPES
CRM: 721 - CFE 01/10/2013-79

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

IDADE
40 ANOS

MEDICO:

PETRONIO

CRM:

5943/CE

CONVENIO

PARTICULAR



*Fratura do 1/3 medio
da clavicula, com placa
de osteossintese.*

**M B M
SEGURADORA**

24 AGO. 2016

DPVAT

DR. EDUARDO LOPES

**DR. EDUARDO LOPES
CRM: 721**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polígono Direito

Jean Pierre Magalhães

CRISTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008392671 - 7

DATA DE EMISSÃO 27/11/2012

NOME
JEAN PIERRE MAGALHÃES
FILIAÇÃO
JOSÉ FRANCISCO MAGALHÃES
MÁRIA DE LOURDES MAGALHÃES

NATURALIDADE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO
27/01/1976

DIG. CRIBEM

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

LIVRO: 66 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF 761.247.203-10

RG: ANT: 282592094

P.: 98

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.114 DE 28-08-85

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JEAN PIERRE MAGALHÃES

Nº de inscrição 761247203-10

Data de Nascimento 27/01/76

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
Jean Pierre Magalhães
JEAN PIERRE MAGALHÃES

S
E
R
V
I
D
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 26/11/95

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: **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**

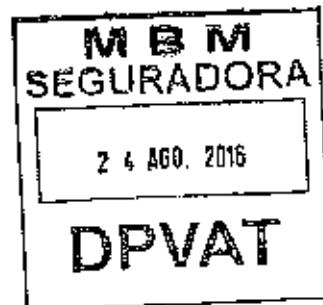
Comprovante emitido às: **10:17:01**; do dia **24/08/2016** (hora e data de Brasília).

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.)





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**

Digito Verificador: **00**

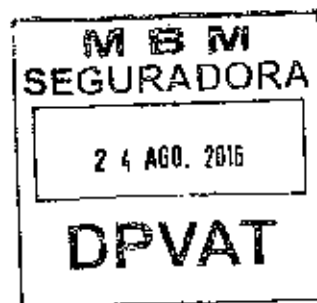
Comprovante emitido às: **10:34:40** do dia **24/08/2016** (hora e data de Brasília).

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

0028

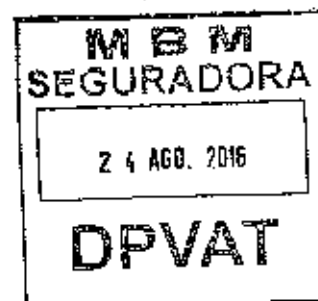
matrícula

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

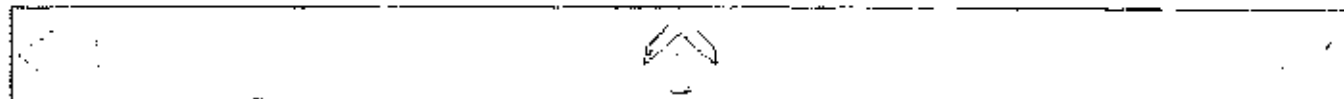
Placa	PMM1566
Código RENAVAM	01043454052
CPF/CNPJ do Proprietário	619.025.003-34
Nome do Proprietário	JUNIO DOS SANTOS MAGALHAES
Tipo	MOTOCICLETA
Espécie	PASSEIRO
Carroceria	NÃO APLICÁVEL
Categoria	PARTICULAR
Combustível	ALCOOL/GASOLINA
Marca/Modelo	HONDA/CB 300R
Ano Fabricação	2015
Ano Modelo	2015
Cor	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

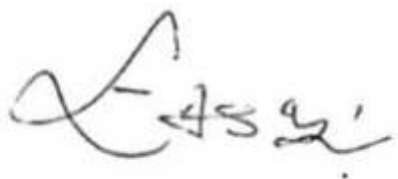
VISÃO MÉDICA LTDA

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 2008392671-7, 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:

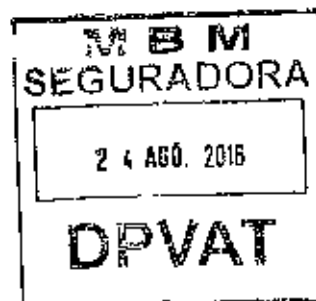
Nome: JUCILENE MARIA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: RECUSO, portador(a) do RG CNH: 04883606333, órgão expedidor DETRAN-CE
e do CPF: 016.260.093-33, residente no(a) AV. AILTON GOMES DE ALENCAR
nº 2073, bairro: PIRAJÁ, município: JUAZEIRO DO NORTE / CE.

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 **SEGUROADORA 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, 02/08/16.

Jean Pierre Magalhães

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Paulo, 781 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63020-000
Fone: (88) 3511-0829 / 3587-1537
Ber. Lúcia Maria da Figueiredo Viana - T2L6r

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JEAN PIERRE MAGALHÃES, DOU RS, Juazeiro do Norte-Ceará, 02/08/2016.

Diego Horácio Rodrigues Soares
DIEGO HORÁCIO RODRIGUES SOARES

(RS - AMITTA-M)

RECONHECIMENTO
FIRMA



Nº CA 315049