

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

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190590010

Vítima: DORA CANDIDA DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DORA CANDIDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190590010 Vítima: DORA CANDIDA DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DORA CANDIDA DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: DORA CANDIDA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 0000067401-6

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
848.915.803-72 **DORA CANDIDA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	DORA CANDIDA DA SILVA		6 - CPF:	848.915.803-72
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:
RECUSOU-SE	SITIO BREJO QUETMADO	1447		CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:
SITIO SABIA	JUAZEIRO DO NORTE	CE		63020-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (88) 9 880 020712			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0032 CONTA: 67401 (6) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 ^a Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 ^a Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, J. DO NORTE CE 09-10-2019 Dora candida da silva 41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura da testemunha





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 11753 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 09:58:48**
Data / Hora da Ocorrência: **19/05/2019 15:43:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR DO SÍTIO QUEIMADO - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DORA CANDIDA DA SILVA**
Nascimento: **04/11/1978** CPF:
RG: **98018004270** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **FRANCISCA CANDIDA DA SILVA
SABASTIÃO GALDINO DA SILVA**
Endereço: **SITIO BREJO QUEIMADO, 147**
Bairro: **SÍTIO BREJO QUEIMADO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9871-2371**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POM0646** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC7000GR015303** Renavam: **1125521462** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 110I** Ano Fabricação: **2016**
Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA EDVANIA DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima indicados, veio a cair de aludida Moto em razão de ter perdido o controle do veículo, causando-lhe fratura no braço esquerdo; Sua vizinha MARIA EDILANIA DE SOUSA, residente no Sítio Brejo Queimado, levou-a inicialmente para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), depois recebeu atendimento nos Hospitais Tasso Ribeiro Jereissati, Regional do Cariri, e de Fraturas do Cariri, todos nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes; A vítima não possui CNH e foi advertida de que poderia responder pelo crime previsto no artigo 309 do CTB. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Danilo T. de Medeiros
DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

& Dora candida da silva

VISTO DO DELEGADO(A) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
impresso nº 2019714347



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 11753 / 2019

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

Declaro que o documento acima mencionado é original e autêntico.

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 11753 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 09:58:48**
Data / Hora da Ocorrência: **19/05/2019 15:43:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR DO SÍTIO QUEIMADO - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DORA CANDIDA DA SILVA**
Nascimento: **04/11/1978** CPF:
RG: **98018004270** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **FRANCISCA CANDIDA DA SILVA
SABASTIÃO GALDINO DA SILVA**
Endereço: **SITIO BREJO QUEIMADO, 147**
Bairro: **SÍTIO BREJO QUEIMADO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9871-2371**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POM0646** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC7000GR015303** Renavam: **1125521462** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 110I** Ano Fabricação: **2016**
Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA EDVANIA DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima indicados, veio a cair de aludida Moto em razão de ter perdido o controle do veículo, causando-lhe fratura no braço esquerdo; Sua vizinha MARIA EDILANIA DE SOUSA, residente no Sítio Brejo Queimado, levou-a inicialmente para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), depois recebeu atendimento nos Hospitais Tasso Ribeiro Jereissati, Regional do Cariri, e de Fraturas do Cariri, todos nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes; A vítima não possui CNH e foi advertida de que poderia responder pelo crime previsto no artigo 309 do CTB. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Danilo T. de Medeiros
DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

& Dora candida da silva

VISTO DO DELEGADO(A) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
impresso nº 2019714347



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 11753 / 2019

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

Declaro que o documento acima mencionado é original e autêntico.

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

Assinatura: _____

Local: Juazeiro do Norte - CE | Data: 08/10/2019 | Horário: 10:12:58

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
848.915.803-72 **DORA CANDIDA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	DORA CANDIDA DA SILVA		6 - CPF:	848.915.803-72
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:
RECUSOU-SE	SITIO BREJO QUETMADO	1447		CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:
SITIO SABIA	JUAZEIRO DO NORTE	CE		63020-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (88) 9 880 020712			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0032 CONTA: 67401 (6) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 ^a Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 ^a Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, J. DO NORTE CE 09-10-2019 Dora candida da silva 41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura da testemunha



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: 29/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DORA CANDIDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 00000067401-6

Nr. da Autenticação 4494EA90411775CC

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.291.864 / 23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DORA CANDIDA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 848.915.803-72,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima DORA CANDIDA DA SILVA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 848.915.803-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	RUA BEATA MARIA DE ARAUJO	Número:	09	Complemento:	PISO
Bairro:	ROMEIRÃO	Cidade:	JUAZEIRO DO NORTE	Estado:	CE
E-mail:	LORDNALDO@YAHOO.COM			Tel.(DDD):	(88) 3512/4870

Local e Data: J. DO NORTE CE, 09-10-2019


Assinatura do Declarante

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
 Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
 E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
 Telefone: (088) 2156-2188

Ficha de Atendimento

Data: 19/05/2019
 Hora: 15:43

Data de Saída:
 Hora de Saída:

Paciente

Nome: 188614 DORA CANDIDA DA SILVA
 Responsável: DORA CANDIDA DA SILVA
 Mãe: FRANCISCA CANDIDA DA SILVA
 Endereço: AVENIDA PREFEITO CARLOS CRUZ, 147, FATIMA -

Nasc: 04/11/1978 Idade: 40
 Telefone: (88) 99871-2371 Celular: (-)
 CEP: 63.013-112 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 206232006720007 Doc. Identidade: 98018004270 Guia:
 Trabalho: Validade da Carteira

Autorização
 Último Pagto:

Convênio

Convênio SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento 2

Queixas do Paciente

DOR EM BRAÇO ESQ APOS QUEDA DE MOTO HOJE

Observação

SOL RX

Exame Físico

EDEMA EM COTOVELO ESQ

Classificação de Risco

Classificação.: AMARELO

Queixa.: QUEDA DE MOTO, DOR INTENSA EM MSE. NEGA ALERGIAS

Conclusão Diagnóstica

CID-10 M796

Evolução/Anotação de Enfermagem

MARIA NOEME CRUZ LANDIM SAMPAIO
 CRM: 8857 / CE

Diretor Médico

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DORA CANDIDA DA SILVA
 Pront.: 175304 Data Nasc.: 04/11/1978 Idade: 40 ano(s) 6 mes(es) e 24 dia(s) Admissão: 28/05/2019 12:08
 Mãe: FRANCISCA CANDIDA DA SILVA
 Sexo: Feminino RG: Municipio: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP 63100-000 Bairro: ZONA RURAL Tel.: 88 98821-5540
 Endereço: SITIO BREJO QUEIMADO Num: S/N

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: BRANCO Classificador: AMANDA SOUZA DE ALMEIDA Horário: 28/05/2019 12:16

Queixa: PACIENTE ENCAMINHADA DO ESTEFÂNIA (DR. SAMIR) PARA AVALIAÇÃO . PACIENTE COM HD: TRÍADE

Fluxograma: NÃO INFORMADO

Discriminador:

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

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAELO MACEDO CRUZ CRM: 6 Nº: 486755 Horário 28/05/2019 12:30

Acidente: Não Agressão: Não Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ENCAMINHADA DO ESTEFÂNIA (DR. SAMIR) PARA AVALIAÇÃO . PACIENTE COM HD: FRATURA CABEÇA DO RADIO HA 10 DIAS. MEMBRO IMOBILIZADO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO NV PRESERVADO

CD

TC COTOVELO - E

REAVALIAÇÃO



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
CREATININA = SANGUE >REX (0202010317)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
POTASSIO => SANGUE REX (0202010600)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
SODIO => SANGUE REX (0202010635)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
TAP - TEMPO DE PROTROMBINA =>REX (0202020487)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA =>REX (0202020134)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
UREIA => SANGUE REX (0202010694)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
ECG - ELETROCARDIOGRAMA (0211020036)	28/05/2019 12:32	Não	Pendente

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DORA CANDIDA DA SILVA

Pront.: 175304 Data Nasc.: 04/11/1978 Idade: 40 ano(s) 6 mes(es) e 24 dia(s) Admissão: 28/05/2019 12:08

Mãe: FRANCISCA CANDIDA DA SILVA

Sexo: Feminino RG:

CEP 63100-000 Bairro: ZONA RURAL

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Endereço: SITIO BREJO QUEIMADO

Tel.: 88 98821-5540

Num: S/N

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TOMOGRAFIA DE COTOVELO	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

CRM 13375

28/05/19 12:32

Prescrição	Horário:
CUIDADO COM ESCARAS	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
FISIOTERAPIA 1 VEZ(ES) AO DIA	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H I SE DOR	
OMEPRAZOL 20MG - CAP ADMINISTRAR 1 CAP / ORAL / 24/24 H I EM JEJUM	
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H I SÉ NÁUSEA/VÔMITO	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H I SE DOR	
CAPTOPRIL 25MG- COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL I SE PA>= 180 X 110 MMHG	
Nº TOTAL DE FASES: 2 / SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML / FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 14 GOTAS/MIN / / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	



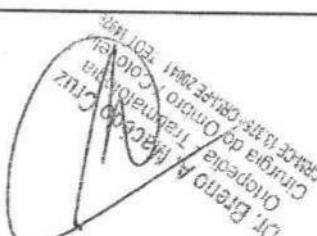
ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA

Endereço: SITIO BREJO QUEIMADO

Idade: 40 ano(s) 7

Prontuário: 175304

Bairro: ZONA RURAL

UF: CEARÁ

Sexo: Feminino

CEP: 63100-000

Num: 1

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 02

Leito: 407

Internação 03/06/2019

10:41

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE COM FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO (TRIADE TERRÍVEL DO COTOVELO)

Exames Realizados

RX E TOMOGRAFIA

Terapêutica Utilizada

TALA, ANALGESIAM IRA AGUARDAR COMPRA DE MATERIAL (PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO) EM NÍVEL AMBULATORIAL JÁ FEITO CI

agnóstico

S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 05/06/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 05/06/2019

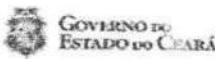


Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código





HOSPITAL
REGIONAL
DO CEARÁ



Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

NOME: DORA CANDIDA DA SILVA

PRONTUARIO: 175304

DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1978

SOLICITANTE: BRENO ABIMAI MACEDO CRUZ

SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II

ENFERMARIA/LEITO: EXT05

DATA DO EXAME: 28/05/2019

HORA DO EXAME: 14:00

DATA DO LAUDO: 28/05/2019

HORA DO LAUDO: 15:49

DATA DE RETIFICAÇÃO: 29.05.2019

HORA DA RETIFICAÇÃO: 11:22

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO ESQUERDO

RELATÓRIO DE RETIFICAÇÃO

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos do cotovelo direito, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

INDICAÇÃO:

Fratura cabeça do rádio.

ANÁLISE:

- Fratura de aspecto levemente cominutiva envolvendo a porção marginal do epicôndilo lateral umeral, sem extensão ao capítulo, com pequenos fragmentos ósseos livres, o maior medindo 0,5 cm,
- Fratura cominutiva envolvendo a cabeça do rádio com extensão para a superfície articular, observando-se avulsão de fragmento ósseo, que mede 1,6 cm, deslocado ântero-medialmente, por uma distância de até 1,8 cm.
- Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.
- Moderada quantidade de líquido em cavidade articular.
- Demais superfícies articulares visibilizadas lisas. Espaços articulares conservados.
- Aumento de volume e da densidade de partes moles regionais. Ausência de lesões expansivas regionais.
- As reconstruções bi e tri-dimensionais confirmam os achados supra descritos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura cominutiva do epicôndilo lateral do úmero.
2. Fratura da cabeça do rádio *tipo III da classificação de Mason*.
3. Moderado derrame articular.
4. Infiltração edematosas peri-articular.

Dr. José Célio Couto Vasconcelos

Médico Radiologista CRM-CE 13064

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA
Endereço: SITIO BREJO QUEIMADO
Bairro: ZONA RURAL
CEP: 63100-000 Num: 1 Idade: 40 ano(s) 7 Prontuário: 175304
UF: CEARÁ Sexo: Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO- Enfermaria: 02 Leito: 407
Internação 03/06/2019 10:41 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE COM FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO (TRIADE TERRÍVEL DO COTOVELO)

Exames Realizados

RX E TOMOGRAFIA

Terapêutica Utilizada

TALA, ANALGESIAM IRA AGUARDAR COMPRA DE MATERIAL (PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO) EM NÍVEL
AMBULATORIAL JÁ FEITO CI

Diagnóstico

S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 05/06/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 05/06/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / TEOT 11928

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

Av. Padre Cícero, Km 02, S/N, Triângulo - Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63041-145 - atendimento@hcfc.com.br
Fone: (88) 2101.3150 • (88) 9 9332.4489

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

Carimbo do Médico

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 9048
RQE: 3989

Paciente:

Dra. Sandra de Souza

Prescrição:

1) Cefalexina 500mg — 4x/dia
em 1CP V.o
x 6/6h

2) Flonase 500- $\frac{1}{2}$ — 1x/dia
Todas as 16h P.v.o & 12h/24h

Data: 06/06/2019

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 9048
RQE: 3989

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Dra. Sandra L.
Silva
necessita de 151 dias de
afastamento de suas atividades _____, a partir desta
data, por motivo de doença _____

CID - 5- 52-0

Juazeiro do Norte, 06/06/2019

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CE 9048
CQE: 3989

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará

POLICLÍNICA TASSO RIBEIRO JEREISSATI

ATESTADO

ATESTO que o (a) paciente Dra. Lourdes de Sá Leite
Deverá afastar-se do trabalho por um período de 90 (quarenta)
dias, a partir de hoje. Por motivo de saúde.

CID: 852 - Frent cabeça cervical C

DATA:

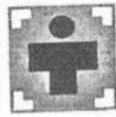
Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.345 / 107.16346-6

28.05.19

Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.345 / 107.16346-6

28-05-19 28-05-19

"Não à nós, Senhor, mas à Teu
nomo seja dada glória." fca.
Assinatura do médico. N° CRM



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

D/ Danos cont.

SAC

Arx & colar

11-07-19

Wayson Bastos dos Santos
Ortopedista e Traumatologista
CRM-CE 6249
RQE 3989



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

1) Dorsal com

uso anti

1) Flanco x 500-8 — 1CX
dorsal 1CP

V0 de 12/11/2010

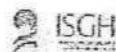
✓ 20-06-2010

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedista / Traumatologista
CRMCE 5648
RQE 3689

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO



Portaria nº 144, de 27 de junho de 1966
Decreto nº 1.623, de 27 de junho de 1966

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

Dora Claudi do de Souza

FOI ATENDIDO(A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO POR [80] DIA(S)

DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

CID:

552

JUAZEIRO DO NORTE(CE),

05 DE 06

DE 19

Dr. Frederico Hélio
Ortopedia e Reumatologia
CRM 10376 / TEOR 1928

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

[HOSPITAL REGIONAL NORTE | AV. JOHN SANFORD, 1505 – BAIRRO: DR. JOSE EUCLIDES FERREIRA | SOBRAL/CE | CEP: 62.030-340 | CNPJ: 05.268.526.0007-66]



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



ISGH



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____ UF: CEARÁ

ENDEREÇO: RUA CATULO DA PAIXÃO CEARENSE, S/N — TRIÂNGULO — JUAZEIRO DO NORTE

TELEFONE: [88] 3566.3600

1^a VIA – RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2^a VIA – ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: *Dra. Lourdes de Souza*

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

PAPO 30 — 01/00
Tomo 01 g. 8186

05 06 10
/ /

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÊUTICO

DATA



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

P/ Dora Cardoso

* SIVVS

Sobr

1) Fratura de Coluna
L1 necessita de cirurgia.

COD. 84

Waldson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRNCG 5048
ROB 3989

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SUS/CE
HOSPITAL TASSO RIBEIRO JEREISSATI

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Dora Pendleton and Silver

八

: 5 idade: 40

Endereço: Av. Mato Grosso 614

Data de Nascimento: 04/12/14

20

Bairro: Timbaúba Município: Pernambuco

Bairro: Timbóua

Município: São José

Date 00-00-00
100

<u>TIPO DE ATENDIMENTO</u>	<u>ENCAMINHAMENTO NA UNIDADE</u>	<u>ENCAMINHAMENTO</u>
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	24()ALTA	36()EXAME DE D
ENCAMINHAMENTO	37()ÓBITO	49()AMBULAT.
PRIMEIRA CONSULTA	50()ENCAMINHAMENTO PARA	62()INTERNAC.
CONSULTA DE RETORNO	PROGRAMA	75()T.E.D.
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	63()INTERNAÇÃO	
REFERENCIADA	76()AUSENTOU-SE SEM CONSULTA	
CONSULTA REFERENCIADA		
1º ATENDIMENTO NO ANO NA		
IDADE		

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

have obtained @ 100 ± 2 days after the mice were

F. B. C. dubius alutaria

31 de xelpeq q'eqch'eek ciq'ul

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS/ SOLICITADOS

Ex: what cables need to do

line of rec

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Crustula

Allied (SSZ)

DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO

Agara candida Silva



KV/PKV
X-ray tube current/mA
Exposure/mAs

(Unoutlined)

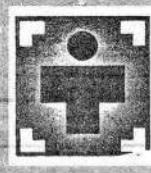
WWWC 4096/2047

[red]



Series number 1
Image number 1

Study date 05.29.2019
Study time 10.06.36



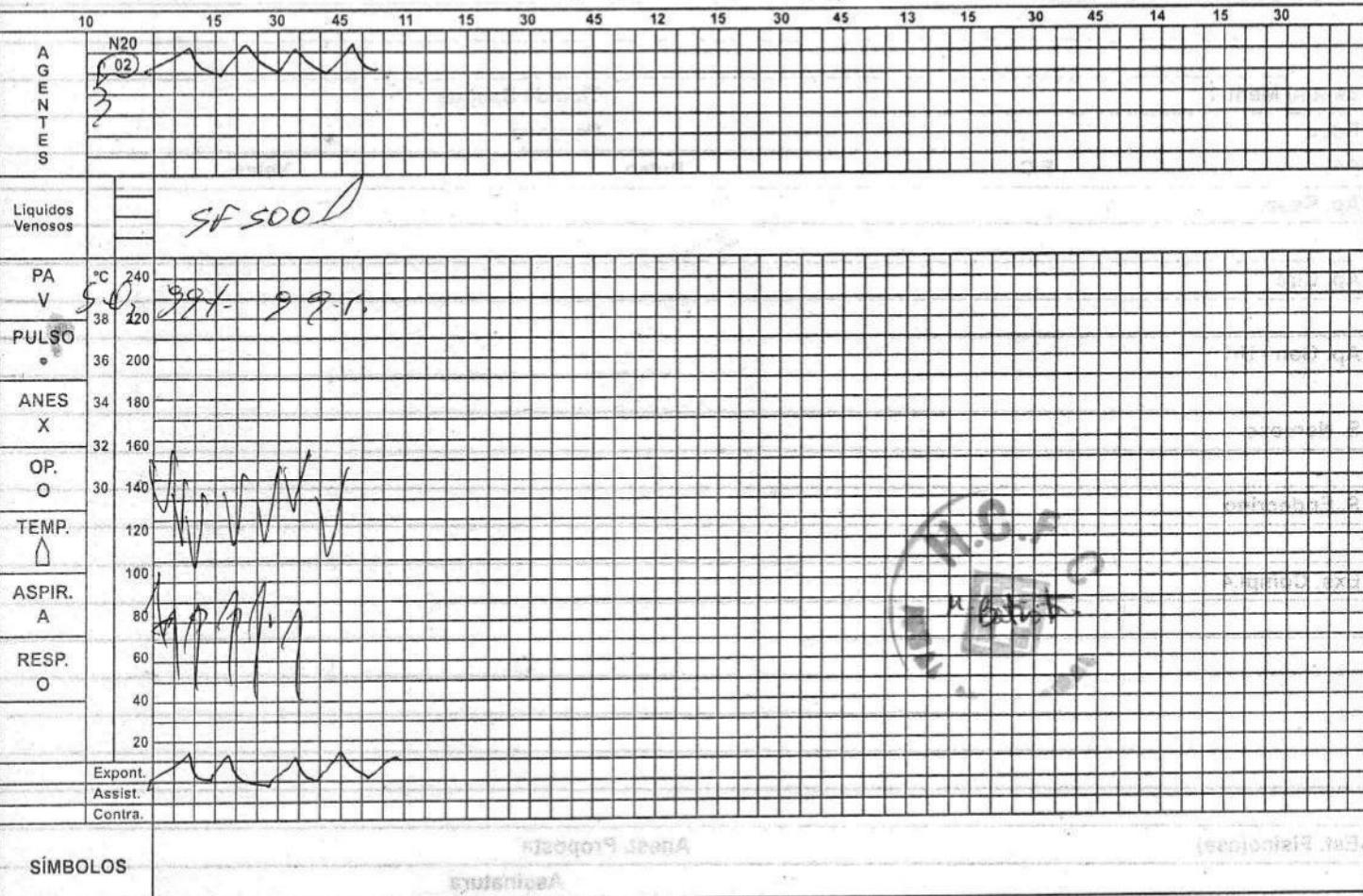
**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: *Rosa Cândida da Silva* | Nº do Registro: *8433*
 Idade: *40* | Data: *06/06/19* | Convênio: *Pref. Juazeiro* | Leito:
 Cirurgião: *Dr. Weydson* | Anestesista: *Dr. Douglas Lucena*

Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:
Início: 14:30h

Fim: 15:15h



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A.	<i>Urethane 3</i>	<i>Blog. Supr + Aneste</i>	<i>Beta-HCG 15U</i>
B.	<i>Cetorolac 100mg</i>	<i>-Lido H.G. 0,25% 100ml</i>	<i>Delta-HCG</i>
C.	<i>Midazolam 2</i>		
D.	<i>Oxitalgina 100mg</i>	<i>Anabutol 0,25% 10ml</i>	
E.			
F.			
G.			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL		<i>45m</i>	

OPERAÇÃO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA
<i>Tfo Cr. Frat. Rock Cotovelo</i>	<i>Dr. Weydson</i>	<i>Aringo - Espasmo - Excesso Secre. Depressão Respiratória - Hipóxia BUCKING" 1 minuto</i>

ANESTESISTA
*Douglas Lucena
Residencia*

CIRURGIÃO
Dr. Weydson

OPERAÇÃO
Perda Sanguínea

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI



Paciente: Doris Condida da Silva

Convênio: Pne. Juazeiro

Cirurgia: Tto laringico de grav. Cabeça de nado Data: 06/06/19

Anestesia: Inicio: 14:30 Hs Fim: 15:15 Hs Médico: Dr. Waydson

Material		Taxa de Sala		Sol./Medicam./ Anestésicos			
				Adrenalina	AMP	Soro Fisiol. Infusão / Lavar	500 ml
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial					TB
Álcool 70%	ML	Porte 1 - Até 01 hora		Água Destilada 10ml	AMP	Soro Fisiol. 100ml	TB
Aguilha Desc. 13x4,5	UN	Porte 2 - Até 02 horas		Água Destilada 1000ml	TB	Soro Fisiol. 250ml	TB
Aguilha Desc. 25x07	UN	Porte 3 - Até 03 horas		Água Oxigenada	ML	Soro Fisiol. 500ml	TB
Aguilha Desc. 30x08	UN	Porte 4 - Até 04 horas		Álcool Iodado	ML	Soro Glic. 250ml	AMP
Aguilha Desc. 40x12	UN	Porte 5 - Acima 05 horas		Aminofilina	AMP	Soro Glic. 500ml	AMP
Aguilha Peridural 180G	UN			Aramim	AMP	Sol. Glico-Fisiológico 500ml	AMP
Aguilha Raqui 26 e 27	UN			Atropina 0,25mg	AMP	Sol. Ringer Lactato 500ml	AMP
Aguilha Stimuplex	UN	Aciflex N°	UN	Bicarbonato de Sódio	AMP	Sulfenta	AMP
Atraclip	UN	Ethibond N°	UN	Brevibloc	AMP	Tenoxen 20mg	UN
Azul Metíleno	UN	Monocryl N°	UN	Clonidin 150mcg	AMP	Tilitat 20mg	AMP
Atadura de Crepon 15cm	UN	Monocryl N°	UN	Decadron 4mg (Dexametasona)	AMP	Tracrium 10mg/ml	AMP
Bola de algodão	UN	Monocryl N°	UN	Difenidrin	AMP	Tramal 50mg	AMP
Band-Aid	UN	Mononylon N° 3-0	UN	Dimorf 0,2 e 1mg	AMP	Trofodermin	Gr
Cânula Endotraqueal	UN	Mononylon N°	UN	Dolosal 100mg	AMP	Vallium 10mg	AMP
Cateter Jelco 18	UN	Mononylon N°	UN	Dormonid 15mg	AMP	Vaseline pomada	Gr
Cateter Oxigênio	UN	Policot N°	UN	Droperidol	AMP	Voltaren 75	AMP
Clamp Umbilical	UN	Prolene N°	UN	Efedrina 50mg	AMP	Xylestesin CV 2%	AMP
Coletor Urina Fechado	UN	Prolene N°	UN	Efortil 10mg	AMP	Xylestesin GEL	Gr
Compressa Grande	UN	Sertix Catgut Cromado N°	UN	Esmeron 10mg/ml	AMP	Xylestesin Spray	ML
Cotonete	UN	Sertix Catgut Simples N°	UN	Éter	AMP	Xylestesin SV 2%	AMP
Capa p/ Vídeo	UN	Vicryl N°	UN	Fenergan	AMP		
Dreno Penrose	UN	Vicryl N°	UN	Fentanest	FA		
Dreno Tórax Biokit	UN			Fraxiparina 0,3 ou 0,6	AMP		
Eletrodos ECG	UN			Glicose 25% ou 50%	AMP		
Equipo Ártroscopia	UN	Equipamentos / Gases		Glutaron	MI		
Equipo Sangue	UN	Ar Comprimido	Hr	Haemmacel	TB		
Equipo Soro	UN	Bisturi Elétrico	UN	Heparina 5000/1ml	AMP		
Espadrador	UN	Bomba Infusão	UN	Hidrocortisona	FA		
Escova PVPI	UN	Capnografia	UN	Hypaque 50%	FA		
Faixa Smarch 15cm	UN	Desfibrilador/Cardioversor	UN	Inoval	AMP		
Formol líquido	ml	Fotografia	UN	Isoflurano	FR		
Gaze Alcochada	UN	Intensificador Imagens	UN	Kanakion	AMP		
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN	Monitor Multiparamétrico	Hr	Ketalar 50mg/ml	FA		
Gaze Vaselinada	UN	Oxigênio	Hr	Lanexat 0,5mg	AMP		
Gel Condutor	Gr	Óxido Nitroso	Hr	Lasix 40mg (Furosemida)	AMP		
Gorro desc.	UN	Aspirador	Hr	Methergin	AMP		
Hemodreno N°	UN	Aparelho de video		Nalorfina	AMP		
Intracath	UN			Narcan 0,4mg	AMP		
Irrigafix	UN			Naropin	AMP		
Lâmina Bisturi 24	UN	Antibiótico		Nausedron 4mg	AMP		
Luvas Cirúrgicas 7,5	UN	Cefazolina 1g	FA	Neocaina CV 0,5%	AMP		
Luvas de procedimento	UN	Cipro 200 IV	FA	Neocaina Pesada 0,5%	AMP		
Máscara desc.	UN	Flagyl 0,5g IV (Metronidazol)	FA	Neocaina SV 0,5%	AMP		
Micropore	UN	Garamicina 80mg	AMP	Novabupi CV 0,5%	AMP		
Povidine	UN	Keflin 1g (Cefalotina)	FA	Novabupi SV 0,5%	AMP		
Propés desc.	UN			Novabupi 0,75 CV	AMP		
Prestorbarba	UN			Novabupi 0,75 SV	AMP		
Scalp n°	UN	Equipe		Novalgina 500mg/ml (Dipirona)	AMP		
Seringas desc. 03 ml	UN	01 - Cirurgião: Dr. Waydson		Nubain 10mg	AMP		
Seringas desc. 05 ml	UN	02 - Auxilio I:		Óleo de Canola	MI		
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxilio II:		Omeprazol 40mg	FA		
Seringas desc. 20 ml	UN	05 - Instrumentador: Paulo		Orastina	AMP		
Seringas desc. 60 ml	UN	06 - Anestesista: Dr. Douglas		Pancuron	AMP		
Seringa Peridural - Perifix	UN	07 - Pediatra:		Pavulon	AMP		
Sonda Foley 2V N°	UN	00 - Circulante: Diana		Plasil 10mg	AMP		
Sonda Foley 3V N°	UN			Propofol 1% e 2%	AMP		
Sonda Nasogástrica	UN			Prostigmine 0,5mg	AMP		
Sonda Uretral N°	UN			Quelicin 100mg	AMP		
Torneira 3V	UN			Sevoflurano	FR		
Transofix	UN						
Tala Gessada MS	UN						
Tala Gessada MI	UN						

Órtese / Prótese



NOME:

Nº DO PRONTUÁRIO:

MÉDICO:

CONVÊNIO:

DATA: 1 1

- 1) Prolongar o de cintos para ser sobre -
- 2) Acessos mais amplos para a mobilidade
- 3) Início gradual e su -
- 4) Exercícios para relaxar
- 5) Exercícios de elongações e alongamento
- 6) Seguir a reabilitação + caminhar
- 7) Fisioterapia para

Waydson Basílio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 9048
RQE: 3989

FCP

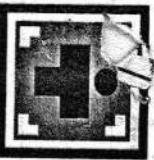
M. Batista.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Enfermeira: _____

Instrumentador: _____

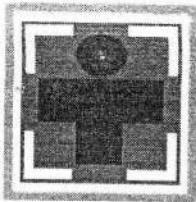
Circulante: _____



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

Fone: (88) 2101-3150 | E-mail: atendimento@hcfc.com.br
Av. Padre Cícero, Km 02, S/N, Triângulo
Juazeiro do Norte - CE | CEP: 63041-145

Nome: Dona Constantina
Quarto: _____



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 8433

Data: 06/06/2019

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Evolução Técnico de Enfermagem

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

10:40

CLEINTE DE 40ANOS ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR COM FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO, PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA, VEIO DEAMBULANDO, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, EUPNEICA, AFEBRIL, ACIANOTICA, BOA PERFUSAO CAPILAR, EM DIETA ZERO, HIGIENIZAÇÃO CORPORAL SATISFATORIO, SONO+REPOUSO PRESERVDAOS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES, AFIRMA SER TABAGISTA, NEGA: ETILISMO, HIPERTENSÃO E ALERGIAS, EXAMES NO PRONTUARIO, AFERIDO OS SSVV:

PA:130X80mmhg, FC:73bpm, FR:18rpm, T:36,2C

REALIZADO AVP COM JELCO 20, INFILTRAÇÃO, NOVA TENTATIVA COM JELCO 22, EM SOROTERAPIA AGUARDA O CHAMADO DO S.O

15:20

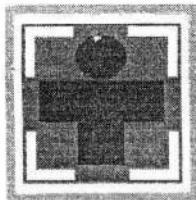
CLIENTE ENCAMINHADA NA MACA PARA S.O, ACOMPANHADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

16:30

CLIENTE RETORNOU DO S.O., REALIZADO RX DE CONTROLE, COLOCADO TALA, ENCAMINHADA AO LEITO SEM INTERCORRENCIAS.

H.C.F.C
M. Bubista

MARIA REGILANE SANTOS
COREN-CE-966766
06/06/2019 16:24:07



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 8433

Data: 06/06/2019

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

21HS CLIENTE NO P.O DE COTOVELO EVOLUI BEM, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL, NORMOTENSA, NORMOCORADA, RESPIRANDO AR AMBIENTE, VERBALIZANDO, EM REPOUSO NO LEITO ACOMPANHADA, MEDICADA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, HIDRATADA, HIGIENE CORPÓRIS SATISFATORIA, ACEITA A DIETA OFERECIDA, SSVV AFERIDOS, SEM QUEIXAS.

PA=110X80mmHg

T=36,2°C

P=78bpm

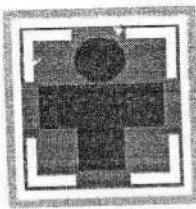
R=19rpm

06hs CLIENTE PASSOU A NOITE BEM, REALIZADO HIGIENIZAÇÃO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.



MARIA APARECIDA VIEIRA FEITOSA
COREN-CE-1016552
07/06/2019 06:15:12

Maria Aparecida Vieira F. Queiroz
Téc. em Enfermagem
COREN-CE: 1016552



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 8433

Data: 06/06/2019

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA

Carteira:

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

AS 07:30 CLIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, CALMA, RECEBEU VISITA MEDICA+ALTA HOSPITALAR EM SEGUIDA RETIRADO AVP, SAIU DEAMBULANDO ACOMPANHADA POR FAMILIARES

PA= 110X60MMhg

T =36,2°C

P =78 BPM

R =19RPM

A circular stamp containing a handwritten signature, likely belonging to the nurse who documented the patient's evolution.

A handwritten signature of the nurse, with the text "Rosa Maria F. de Lima Melo" and "Enfermeira" above "COREN-CE 432.169".

ROSA MARIA FERREIRA DE LIMA MELO
COREN-CE-432169
07/06/2019 07:07:04

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
 Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
 E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
 Telefone: (088) 2156-2188

Ficha de Atendimento

Data: 19/05/2019
 Hora: 15:43

Data de Saída:
 Hora de Saída:

Paciente

Nome: 188614 DORA CANDIDA DA SILVA
 Responsável: DORA CANDIDA DA SILVA
 Mãe: FRANCISCA CANDIDA DA SILVA
 Endereço: AVENIDA PREFEITO CARLOS CRUZ, 147, FATIMA -

Nasc: 04/11/1978 Idade: 40
 Telefone: (88) 99871-2371 Celular: (-)
 CEP: 63.013-112 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 206232006720007	Doc. Identidade: 98018004270	Guia:	Autorização
Trabalho:		Validade da Carteira	Último Pagto:

Convênio

Convênio SUS	Cod. de Credenciamento	Tipo de Atendimento 2
--------------	------------------------	-----------------------

Queixas do Paciente

DOR EM BRAÇO ESQ APOS QUEDA DE MOTO HOJE

Observação

SOL RX

Exame Físico

EDEMA EM COTOVELO ESQ

Classificação de Risco

Classificação.: AMARELO

Queixa.: QUEDA DE MOTO, DOR INTENSA EM MSE. NEGA ALERGIAS

Conclusão Diagnóstica

CID-10 M796

Evolução/Anotação de Enfermagem

MARIA NOEME CRUZ LANDIM SAMPAIO
 CRM: 8857 / CE

Diretor Médico

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DORA CANDIDA DA SILVA
 Pront.: 175304 Data Nasc.: 04/11/1978 Idade: 40 ano(s) 6 mes(es) e 24 dia(s) Admissão: 28/05/2019 12:08
 Mãe: FRANCISCA CANDIDA DA SILVA
 Sexo: Feminino RG: Municipio: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP 63100-000 Bairro: ZONA RURAL Tel.: 88 98821-5540
 Endereço: SITIO BREJO QUEIMADO Num: S/N

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: BRANCO Classificador: AMANDA SOUZA DE ALMEIDA Horário: 28/05/2019 12:16

Queixa: PACIENTE ENCAMINHADA DO ESTEFÂNIA (DR. SAMIR) PARA AVALIAÇÃO . PACIENTE COM HD: TRÍADE

Fluxograma: NÃO INFORMADO

Discriminador:

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

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAELO MACEDO CRUZ CRM: 6 Nº: 486755 Horário 28/05/2019 12:30

Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ENCAMINHADA DO ESTEFÂNIA (DR. SAMIR) PARA AVALIAÇÃO . PACIENTE COM HD: FRATURA CABEÇA DO RADIO HA 10 DIAS. MEMBRO IMOBILIZADO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO NV PRESERVADO

CD

TC COTOVELO -
REAVALIAÇÃO



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
CREATININA = SANGUE >REX (0202010317)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
POTASSIO => SANGUE REX (0202010600)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
SODIO => SANGUE REX (0202010635)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
TAP - TEMPO DE PROTROMBINA =>REX (0202020487)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA =>REX (0202020134)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
UREIA => SANGUE REX (0202010694)	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente
ECG - ELETROCARDIOGRAMA (0211020036)	28/05/2019 12:32	Não	Pendente

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DORA CANDIDA DA SILVA

Pront.: 175304 Data Nasc.: 04/11/1978 Idade: 40 ano(s) 6 mes(es) e 24 dia(s) Admissão: 28/05/2019 12:08

Mãe: FRANCISCA CANDIDA DA SILVA

Sexo: Feminino RG:

CEP 63100-000 Bairro: ZONA RURAL

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Tel.: 88 98821-5540

Endereço: SITIO BREJO QUEIMADO

Num: S/N

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TOMOGRAFIA DE COTOVELO	28/05/2019 12:32	Sim	Pendente

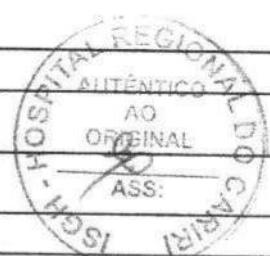
PRESCRIÇÃO

Médico: BRENO ABIMAI MACEDO CRUZ

CRM 13375

28/05/19 12:32

Prescrição	Horário:
CUIDADO COM ESCARAS	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
FISIOTERAPIA 1 VEZ(ES) AO DIA	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H I SE DOR	
OMEPRAZOL 20MG - CAP ADMINISTRAR 1 CAP / ORAL / 24/24 H I EM JEJUM	
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H I SÉ NÁUSEA/VÔMITO	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H I SE DOR	
CAPTOPRIL 25MG- COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL I SE PA>= 180 X 110 MMHG	
Nº TOTAL DE FASES: 2 / SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML / FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 14 GOTAS/MIN / / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	



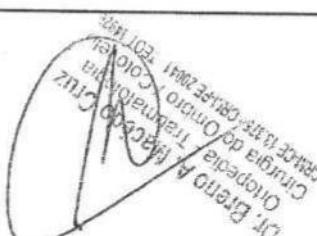
ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA	Idade: 40 ano(s) 7	Prontuário: 175304
Endereço: SITIO BREJO QUEIMADO	UF: CEARÁ	Sexo: Feminino
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	
CEP: 63100-000	Num: 1	

Localização		
Clinica: TRAUMATO-	Enfermaria: 02	Leito: 407

Internação 03/06/2019 10:41 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório	Cancelada
Tipo de Saída: Alta	Não

Resumo Clínico

PACIENTE COM FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO (TRIADE TERRÍVEL DO COTOVELO)

Exames Realizados

RX E TOMOGRAFIA

Terapêutica Utilizada

TALA, ANALGESIAM IRA AGUARDAR COMPRA DE MATERIAL (PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO) EM NÍVEL AMBULATORIAL JÁ FEITO CI

agnóstico

S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 05/06/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 05/06/2019



Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código





HOSPITAL
REGIONAL
DO CEARÁ



Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

NOME: DORA CANDIDA DA SILVA

PRONTUARIO: 175304

DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1978

SOLICITANTE: BRENO ABIMAI MACEDO CRUZ

SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II

ENFERMARIA/LEITO: EXT05

DATA DO EXAME: 28/05/2019

HORA DO EXAME: 14:00

DATA DO LAUDO: 28/05/2019

HORA DO LAUDO: 15:49

DATA DE RETIFICAÇÃO: 29.05.2019

HORA DA RETIFICAÇÃO: 11:22

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO ESQUERDO

RELATÓRIO DE RETIFICAÇÃO

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos do cotovelo direito, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

INDICAÇÃO:

Fratura cabeça do rádio.

ANÁLISE:

- Fratura de aspecto levemente cominutiva envolvendo a porção marginal do epicôndilo lateral umeral, sem extensão ao capítulo, com pequenos fragmentos ósseos livres, o maior medindo 0,5 cm,
- Fratura cominutiva envolvendo a cabeça do rádio com extensão para a superfície articular, observando-se avulsão de fragmento ósseo, que mede 1,6 cm, deslocado ântero-medialmente, por uma distância de até 1,8 cm.
- Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.
- Moderada quantidade de líquido em cavidade articular.
- Demais superfícies articulares visibilizadas lisas. Espaços articulares conservados.
- Aumento de volume e da densidade de partes moles regionais. Ausência de lesões expansivas regionais.
- As reconstruções bi e tri-dimensionais confirmam os achados supra descritos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura cominutiva do epicôndilo lateral do úmero.
2. Fratura da cabeça do rádio *tipo III da classificação de Mason*.
3. Moderado derrame articular.
4. Infiltração edematosas peri-articular.

Dr. José Célio Couto Vasconcelos

Médico Radiologista CRM-CE 13064

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA
Endereço: SITIO BREJO QUEIMADO
Bairro: ZONA RURAL
CEP: 63100-000 Num: 1 Idade: 40 ano(s) 7 Prontuário: 175304
UF: CEARÁ Sexo: Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO- Enfermaria: 02 Leito: 407
Internação 03/06/2019 10:41 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE COM FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO (TRIADE TERRÍVEL DO COTOVELO)

Exames Realizados

RX E TOMOGRAFIA

Terapêutica Utilizada

TALA, ANALGESIAM IRA AGUARDAR COMPRA DE MATERIAL (PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO) EM NÍVEL
AMBULATORIAL JÁ FEITO CI

Diagnóstico

S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 05/06/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

Data: 05/06/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Frederico Alencar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376 / TEOT 11928

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

Av. Padre Cícero, Km 02, S/N, Triângulo - Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63041-145 - atendimento@hcfc.com.br
Fone: (88) 2101.3150 • (88) 9 9332.4489

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

Carimbo do Médico

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 9048
RQE: 3989

Paciente:

Dra. Sandra de Souza

Endereço:

Prescrição:

1) Cefalexina 500mg - 4x100
dia 16P V.O
x 6/6h

2) Flonase 500-8 - 1x1
dia 16P V.O e 12Mh

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 9048
RQE: 3989

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Farmacêutico

Alan Samir Braga Silva (SAMIR gráfica), Rua São Paulo, 939 - Centro - (88) 98805.7814 - Juazeiro do Norte-CE - CNPJ 15.423.823/0001-05 - I. Mun. 1110639 - 20Bis 50x2



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Dra. Sandra L.
Silva
necessita de 151 dias de
afastamento de suas atividades _____, a partir desta
data, por motivo de doença _____

CID - 5- 52-0

Juazeiro do Norte, 06/06/2019

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CE 9048
CQE: 3989

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará

POLICLÍNICA TASSO RIBEIRO JEREISSATI

ATESTADO

ATESTO que o (a) paciente Dra. Lourdes de Sá Leite
Deverá afastar-se do trabalho por um período de 90 (quarenta)
dias, a partir de hoje. Por motivo de saúde.

CID: 852 - Frent cabeça cervical C

DATA:

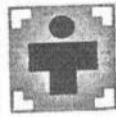
Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.345 / 107.16346-6

28.05.19

Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.345 / 107.16346-6

28-05-19 28-05-19

"Não à nós, Senhor, mas à Teu
nomo seja dada glória." fca.
Assinatura do médico. N° CRM



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

D/ Dano cont+

Sbr cl

Arx & colar

11-07-19

Wayson Bastos dos Souto
Ortopedista e Traumatologista
CRM-CE 6249
RQE 3989



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

1) Dorsal com

uso anti

1) Flanco x 500-8 — 1CX
dorsal 1CP

V0 de 12/11/2010

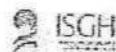
✓ 20-06-2010

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedista / Traumatologista
CRMCE 5648
RQE 3689

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO



Portaria nº 144, de 27 de junho de 1966
Decreto nº 1.623, de 27 de junho de 1966

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

Dora Cláudia do de Souza

FOI ATENDIDO(A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO POR [80] DIA(S)

DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

CID:

552

JUAZEIRO DO NORTE(CE),

05 DE 06

DE 19

Dr. Frederico Hélio
Ortopedia e Reumatologia
CRM 10376 / TEOR 1928

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

[HOSPITAL REGIONAL NORTE | AV. JOHN SANFORD, 1505 – BAIRRO: DR. JOSE EUCLIDES FERREIRA | SORRAI/CE | CEP: 62.030-340 | CNPJ: 05.268.526.0007-66]



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



ISGH



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____ UF: CEARÁ

ENDEREÇO: RUA CATULO DA PAIXÃO CEARENSE, S/N — TRIÂNGULO — JUAZEIRO DO NORTE

TELEFONE: [88] 3566.3600

1^a VIA – RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2^a VIA – ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: *Dra. Lourdes de Souza*

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

PAPO 30 — 01/00
Tomo 01 g. 8186

05 06 10
/ /

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÊUTICO

DATA



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

P/ Dora Cardoso
+ Silvia

Sobrinhos

1) Fratura de Coluna
Li nessa & dobra
deles.

Cod. 84.

Waldson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRN/CB 5048
ROB 3989

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SUS/CE
HOSPITAL TASSO RIBEIRO JEREISSATI

EVALUAÇÃO DO PACIENTE

Dora Pendleton and Silver

13

: 5 idade: 40

Endereço: Av. Mato Grosso 614

Data de Nascimento: 04/12

6

•

3

Bairro: Tribú

Município: São José

1 Date 00-00

TIPO DE ATENDIMENTO	ENCAMINHAMENTO NA UNIDADE	ENCAMINHAMENTO
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	24()ALTA	36()EXAME DE D
ENCAMINHAMENTO	37()ÓBITO	49()AMBULAT.
PRIMEIRA CONSULTA	50()ENCAMINHAMENTO PARA	62()INTERNAÇÃO
CONSULTA DE RETORNO	PROGRAMA	75()T.E.D.
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	63()INTERNACÃO	
REFERENCIADA	76()AUSENTOU-SE SEM CONSULTA	
CONSULTA REFERENCIADA		
1º ATENDIMENTO NO ANO NA		
IDADE		

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

have obtained @ $h = 2$ days. The results

*F. BEE, *entomos. alutaria**

1 de salpe que era calcificada

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS/ SOLICITADOS

Ex: what causes most of disease

line of rec

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Crustis

Allied (SSZ)

DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO

Agara candida Silva

study date 05/29/2019
study time 10:06:36

A grayscale radiographic image of a human hand and forearm. The hand is positioned palm-up, showing fingers and knuckles. The forearm is extended slightly. The image is grainy and has a high-contrast, black-and-white appearance. A small, dark, irregular shape is visible near the bottom center of the hand area. The background is a light gray surface.

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 66717

Registro: 8433

Data/Hora: 06/06/2019 10:41

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA

Mãe: FRANCISCA CANDIDA DA SILVA

Nasc: 04/11/1978

RG: 98018004270

CPF: 848.915.803-72

Sexo: Feminino

Idade: 40 anos, 7 meses e 2

Endereço: AV CARLOS CRUZ

Nº 147

Bairro: ST BREJO QUEIMADO

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

UF: CE

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Fone: 88998712371 - 0

Profissão: NENHUM CBO

Atendente: WESLEY

Tipo de Acomod.: Enfermaria

Bloco: POSTO II

Quarto: 09

Leito: 1

Médico Responsável: 009048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Historia Clínica ou resumo:

Vixx & lxx
61 de tems & s xl, lxx

Exames complementares:

gxx & lxx

Diagnóstico:

Fusmo & lxx

Waydson Basílio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 9048
RQE 3989

() Agudo

() Crônico

() Tempo de Evolução

() Meses () Anos

Previsão de Alta: ___/___/___

Hora:

Curado ()

Transferido ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Óbito: _____

Indisciplina ()

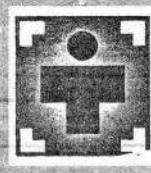
Data: ___/___/___

Causa: _____

DORA CANDIDA DA SILVA

Paciente/Responsável

Médico Solicitante



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

FICHA DE ANESTESIA

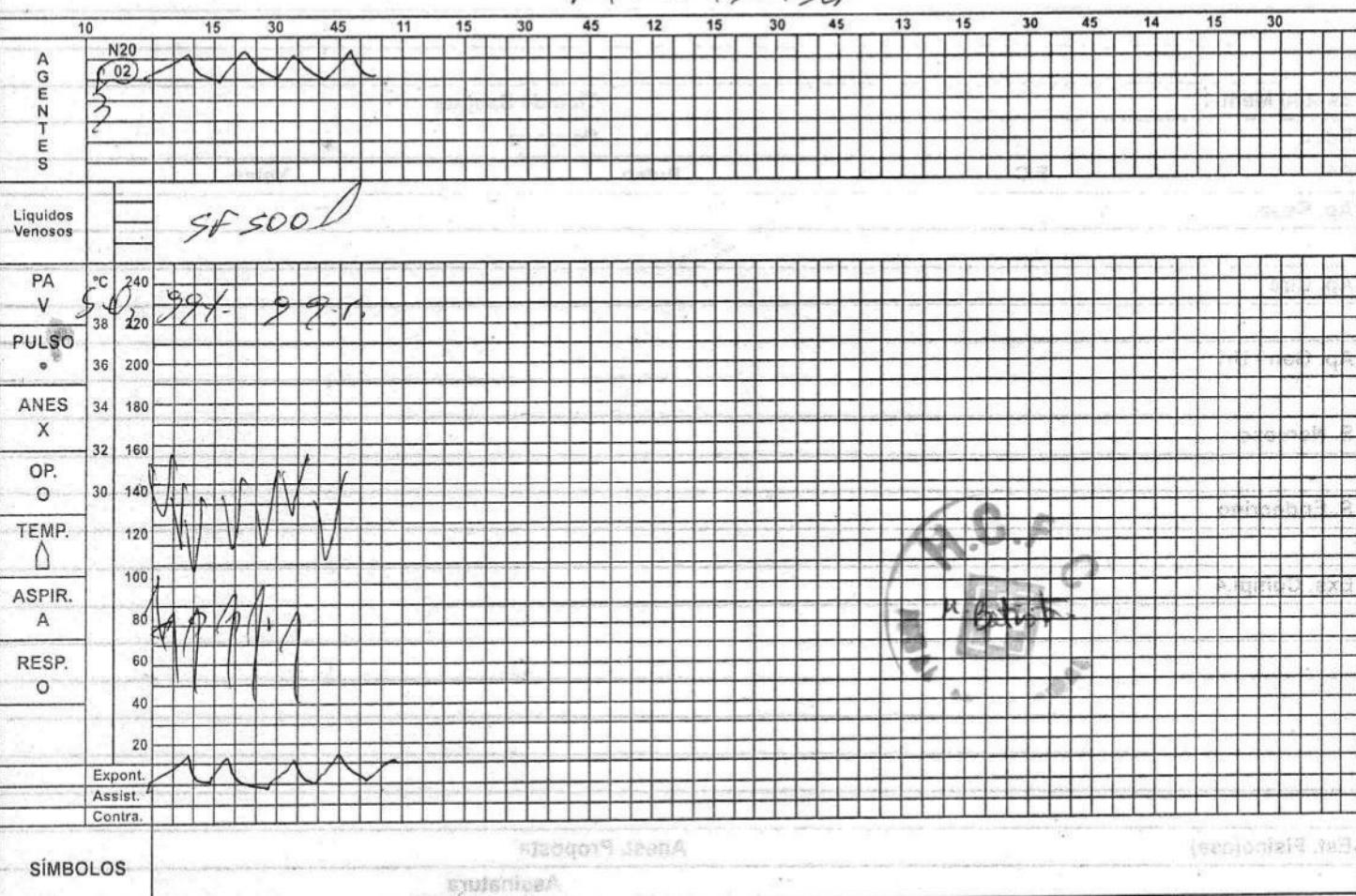
Nome do Paciente: *Rosa Cândida da Silva* | Nº do Registro: *8433*

Idade: *40* | Data: *06/06/19* | Convênio: *Pref. Juazeiro* | Leito:

Cirurgião: *Dr. Weydson* | Anestesista: *Dr. Douglas Lucena*

Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito: *Início: 14:30h*

Fim: 15:15h



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>Vomid 3</i>		<i>Pop - Anestesídeo</i>	
B. <i>Cetorolac 100mg</i>		<i>Blog. Supr + Anestesídeo</i>	
C. <i>Alprazolam 2</i>		<i>- Lido H. criso 15L</i>	
D. <i>Oxitalal 100g</i>		<i>Anabupr 0,25 10L</i>	
E.			
F.			
G.			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL		45m	

OPERAÇÃO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA
<i>Tfo Cr. Frat. Rock Cotovelo</i>	<i>Dr. Weydson</i>	<i>Aringo - Espasmo - Excesso Secre. Depressão Respiratória - Hipóxia BUCKING" 1 minuto</i>

ANESTESISTA: *Douglas Lucena*

CIRURGIÃO: *Dr. Weydson*

PERDA SANGUÍNEA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI



Paciente: Doris Condida da Silva

Convênio: Pne. Juazeiro

Cirurgia: Tto laringico de grav. Cabeça de nado Data: 06/06/19

Anestesia: Inicio: 14:30 Hs Fim: 15:15 Hs Médico: Dr. Waydson

Material		Taxa de Sala		Sol./Medicam./ Anestésicos			
				Adrenalina	AMP	Soro Fisiol. Infusão / Lavar	500 ml
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial					TB
Álcool 70%	ML	Porte 1 - Até 01 hora		Água Destilada 10ml	AMP	Soro Fisiol. 100ml	TB
Aguilha Desc. 13x4,5	UN	Porte 2 - Até 02 horas		Água Destilada 1000ml	TB	Soro Fisiol. 250ml	TB
Aguilha Desc. 25x07	UN	Porte 3 - Até 03 horas		Água Oxigenada	ML	Soro Fisiol. 500ml	TB
Aguilha Desc. 30x08	UN	Porte 4 - Até 04 horas		Álcool Iodado	ML	Soro Glic. 250ml	AMP
Aguilha Desc. 40x12	UN	Porte 5 - Acima 05 horas		Aminofilina	AMP	Soro Glic. 500ml	AMP
Aguilha Peridural 180G	UN			Aramim	AMP	Sol. Glico-Fisiológico 500ml	AMP
Aguilha Raqui 26 e 27	UN			Atropina 0,25mg	AMP	Sol. Ringer Lactato 500ml	AMP
Aguilha Stimuplex	UN	Aciflex N°	UN	Bicarbonato de Sódio	AMP	Sulfenta	AMP
Atraclip	UN	Ethibond N°	UN	Brevibloc	AMP	Tenoxen 20mg	UN
Azul Metíleno	UN	Monocryl N°	UN	Clonidin 150mcg	AMP	Tilitat 20mg	AMP
Atadura de Crepon 15cm	UN	Monocryl N°	UN	Decadron 4mg (Dexametasona)	AMP	Tracrium 10mg/ml	AMP
Bola de algodão	UN	Monocryl N°	UN	Difenidrin	AMP	Tramal 50mg	AMP
Band-Aid	UN	Mononylon N° 3-0	UN	Dimorf 0,2 e 1mg	AMP	Trofodermin	Gr
Cânula Endotraqueal	UN	Mononylon N°	UN	Dolosal 100mg	AMP	Vallium 10mg	AMP
Cateter Jelco 18	UN	Mononylon N°	UN	Dormonid 15mg	AMP	Vaseline pomada	Gr
Cateter Oxigênio	UN	Policot N°	UN	Droperidol	AMP	Voltaren 75	AMP
Clamp Umbilical	UN	Prolene N°	UN	Efedrina 50mg	AMP	Xylestesin CV 2%	AMP
Coletor Urina Fechado	UN	Prolene N°	UN	Efortil 10mg	AMP	Xylestesin GEL	Gr
Compressa Grande	UN	Sertix Catgut Cromado N°	UN	Esmeron 10mg/ml	AMP	Xylestesin Spray	ML
Cotonete	UN	Sertix Catgut Simples N°	UN	Éter	AMP	Xylestesin SV 2%	AMP
Capa p/ Vídeo	UN	Vicryl N°	UN	Fenergan	AMP		
Dreno Penrose	UN	Vicryl N°	UN	Fentanest	FA		
Dreno Tórax Biokit	UN			Fraxiparina 0,3 ou 0,6	AMP		
Eletrodos ECG	UN			Glicose 25% ou 50%	AMP		
Equipo Ártroscopia	UN	Equipamentos / Gases		Glutaron	MI		
Equipo Sangue	UN	Ar Comprimido	Hr	Haemmacel	TB		
Equipo Soro	UN	Bisturi Elétrico	UN	Heparina 5000/1ml	AMP		
Espadrador	UN	Bomba Infusão	UN	Hidrocortisona	FA		
Escova PVPI	UN	Capnografia	UN	Hypaque 50%	FA		
Faixa Smarch 15cm	UN	Desfibrilador/Cardioversor	UN	Inoval	AMP		
Formol líquido	ml	Fotografia	UN	Isoflurano	FR		
Gaze Alcochada	UN	Intensificador Imagens	UN	Kanakion	AMP		
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN	Monitor Multiparamétrico	Hr	Ketalar 50mg/ml	FA		
Gaze Vaselinada	UN	Oxigênio	Hr	Lanexat 0,5mg	AMP		
Gel Condutor	Gr	Óxido Nitroso	Hr	Lasix 40mg (Furosemida)	AMP		
Gorro desc.	UN	Aspirador	Hr	Methergin	AMP		
Hemodreno N°	UN	Aparelho de video		Nalorfina	AMP		
Intracath	UN			Narcan 0,4mg	AMP		
Irrigafix	UN			Naropin	AMP		
Lâmina Bisturi 24	UN	Antibiótico		Nausedron 4mg	AMP		
Luvas Cirúrgicas 7,5	UN	Cefazolina 1g	FA	Neocaina CV 0,5%	AMP		
Luvas de procedimento	UN	Cipro 200 IV	FA	Neocaina Pesada 0,5%	AMP		
Máscara desc.	UN	Flagyl 0,5g IV (Metronidazol)	FA	Neocaina SV 0,5%	AMP		
Micropore	UN	Garamicina 80mg	AMP	Novabupi CV 0,5%	AMP		
Povidine	UN	Keflin 1g (Cefalotina)	FA	Novabupi SV 0,5%	AMP		
Propés desc.	UN			Novabupi 0,75 CV	AMP		
Prestorbarba	UN			Novabupi 0,75 SV	AMP		
Scalp n°	UN	Equipe		Novalgina 500mg/ml (Dipirona)	AMP		
Seringas desc. 03 ml	UN	01 - Cirurgião: Dr. Waydson		Nubain 10mg	AMP		
Seringas desc. 05 ml	UN	02 - Auxilio I:		Óleo de Canola	MI		
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxilio II:		Omeprazol 40mg	FA		
Seringas desc. 20 ml	UN	05 - Instrumentador: Paulo		Orastina	AMP		
Seringas desc. 60 ml	UN	06 - Anestesista: Dr. Douglas		Pancuron	AMP		
Seringa Peridural - Perifix	UN	07 - Pediatra:		Pavulon	AMP		
Sonda Foley 2V N°	UN	00 - Circulante: Diana		Plasil 10mg	AMP		
Sonda Foley 3V N°	UN			Propofol 1% e 2%	AMP		
Sonda Nasogástrica	UN			Prostigmine 0,5mg	AMP		
Sonda Uretral N°	UN			Quelicin 100mg	AMP		
Torneira 3V	UN			Sevoflurano	FR		
Transofix	UN						
Tala Gessada MS	UN						
Tala Gessada MI	UN						

Órtese / Prótese



NOME:

Nº DO PRONTUÁRIO:

MÉDICO:

CONVÊNIO:

DATA: 1 1

- 1) Prolongar o de cintos para ser sobre -
- 2) Acessos mais amplos para a mobilidade
- 3) Início gradual e su -
- 4) Exercícios para relaxar
- 5) Exercícios de elongações e alongamento
- 6) Seguir a reabilitação + caminhar
- 7) Fisioterapia para

Waydson Basílio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 9048
RQE: 3989

FCP

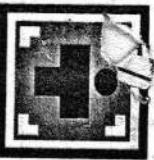
M. Batista.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Enfermeira: _____

Instrumentador: _____

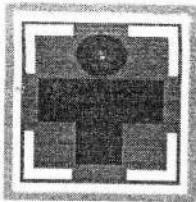
Circulante: _____



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

Fone: (88) 2101-3150 E-mail: atendimento@hcfc.com.br
Av. Padre Cícero, Km 02, S/N, Triângulo
Juazeiro do Norte - CE | CEP: 63041-145

Nome: Dona Constantina
Quarto: _____



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 8433

Data: 06/06/2019

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Evolução Técnico de Enfermagem

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

10:40

CLEINTE DE 40ANOS ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR COM FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO, PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA, VEIO DEAMBULANDO, CONSCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, EUPNEICA, AFEBRIL, ACIANOTICA, BOA PERFUSAO CAPILAR, EM DIETA ZERO, HIGIENIZAÇÃO CORPORAL SATISFATORIO, SONO+REPOUSO PRESERVDAOS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES, AFIRMA SER TABAGISTA, NEGA: ETILISMO, HIPERTENSÃO E ALERGIAS, EXAMES NO PRONTUARIO, AFERIDO OS SSVV:

PA:130X80mmhg, FC:73bpm, FR:18rpm, T:36,2C

REALIZADO AVP COM JELCO 20, INFILTRAÇÃO, NOVA TENTATIVA COM JELCO 22, EM SOROTERAPIA AGUARDA O CHAMADO DO S.O

15:20

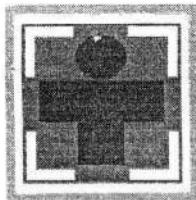
CLIENTE ENCAMINHADA NA MACA PARA S.O, ACOMPANHADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

16:30

CLIENTE RETORNOU DO S.O., REALIZADO RX DE CONTROLE, COLOCADO TALA, ENCAMINHADA AO LEITO SEM INTERCORRENCIAS.

H.C.F.C
M. Bubista

MARIA REGILANE SANTOS
COREN-CE-966766
06/06/2019 16:24:07



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 8433

Data: 06/06/2019

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

21HS CLIENTE NO P.O DE COTOVELO EVOLUI BEM, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL, NORMOTENSA, NORMOCORADA, RESPIRANDO AR AMBIENTE, VERBALIZANDO, EM REPOUSO NO LEITO ACOMPANHADA, MEDICADA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, HIDRATADA, HIGIENE CORPÓRIS SATISFATORIA, ACEITA A DIETA OFERECIDA, SSVV AFERIDOS, SEM QUEIXAS.

PA=110X80mmHg

T=36,2°C

P=78bpm

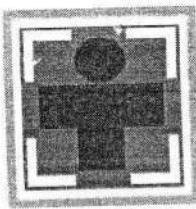
R=19rpm

06hs CLIENTE PASSOU A NOITE BEM, REALIZADO HIGIENIZAÇÃO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.



MARIA APARECIDA VIEIRA FEITOSA
COREN-CE-1016552
07/06/2019 06:15:12

Maria Aparecida Vieira F. Queiroz
Téc. em Enfermagem
COREN-CE: 1016552



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 8433

Data: 06/06/2019

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA

Carteira:

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

AS 07:30 CLIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, CALMA, RECEBEU VISITA MEDICA+ALTA HOSPITALAR EM SEGUIDA RETIRADO AVP, SAIU DEAMBULANDO ACOMPANHADA POR FAMILIARES

PA= 110X60MMhg

T =36,2°C

P =78 BPM

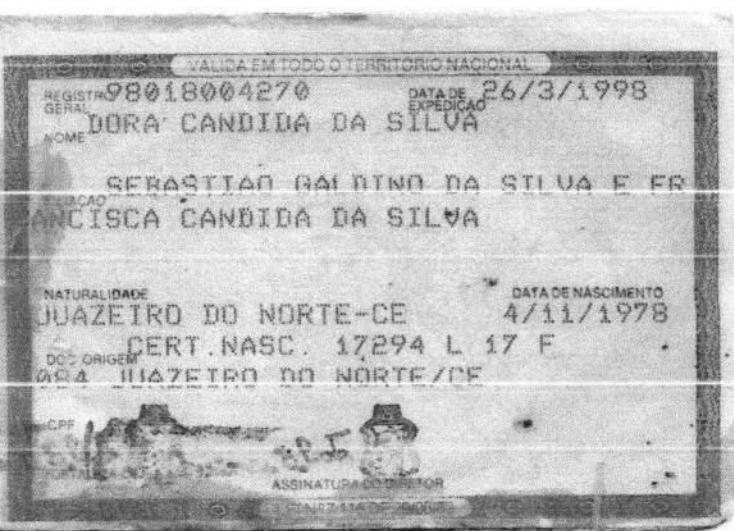
R =19RPM

A circular stamp containing a handwritten signature, likely belonging to the nurse who documented the patient's evolution.

A handwritten signature of the nurse, with the text "Rosa Maria F. de Lima Melo" and "Enfermeira" above "COREN-CE 432.169".

ROSA MARIA FERREIRA DE LIMA MELO
COREN-CE-432169
07/06/2019 07:07:04







CONTRAN		DENTRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MÍNISTÉRIO DAS CIÊNCIAS			
Nº 013386218511 DETAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA 01	COD. RENAVAM 11252452	ENTRADA 100000000	EXERCÍCIO 2017
MARIA EDUARDA SOUZA * * * * * * * * * * * * * * * JUZGADO NERTE IB			
PLACA 76759914834 PROV. CEARÁ 2017			
PLACA ANT/DE 96210700GRO15303 PROV. CEARÁ 2017			
ESPECIE HONDA/BIZ 110I CAPACIDADE 2P/DCV/1050C CATEGORIA PARTIC VENC. GOTA UNICA I P V A			
ANO/FAB. 2016 ANO MOD. 2016 COR PREDOMINANTE PRETA VENC/GOTA 1º * * * * * 2º * * * * * 3º * * * * *			
PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) 100 (RS) PRÉMIO TOTAL (RS) 00 / 00 / 0000			
GOSTO DO BIHEC (RS) 00 (RS) TOTAL SERIFAC. SEGURO (RS) 00 / 00 / 0000			
KOTA UNICA PAGAMENTO: <input type="checkbox"/> PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00 / 00 / 0000			
PROPRIETÁRIO LÓME/SEGURANÇA DA CIDADE REP/VAT MOTOR: JC/0E000103pam00104			
LOCAL CE DATA 04/08/2017			
CE Nº 013386218511 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEL. BILHETE DO SEGURO DPVAT 776759900073 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA APENAS A AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATURA Www.seguradoradecompv.com.br SAC DPVAT 0800 022 1104			
2017 04 / 08 / 2017 3010646			
VIA 01 RENAVAM 11252452 HONDA/BIZ 110I 2016 00 / 00 / 0000 96210700GRO15303 PROV. CEARÁ 2017			
OPF/CNPJ 2017 DATA EMISSÃO 04 / 08 / 2017 PLACA 3010646			

ABR-2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190590010 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORA CANDIDA DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE CABEÇA DE RÁDIO(MASON III) E FRATURA COMINUTIVA DE EPICÔNDILO LATERAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.18.19.20_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190590010 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORA CANDIDA DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE CABEÇA DE RÁDIO(MASON III) E FRATURA COMINUTIVA DE EPICÔNDILO LATERAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.18.19.20_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME COMPLETO: DORA CANDIDA DA SILVA		
CPF: 848.915.803-72	RG: 98018004270	ÓRGÃO EMISSOR: SSP - CE
ENDERECO: SITIO BREJO QUEIMADO		
Nº 167		
BAIRRO: SITIO SABIA	CEP: 63010-000	COMPLEMENTO CASA
CIDADE/UF: JUAZEIRO DO NORTE - CE	Tel.(DDD) (88) 1987-2371	

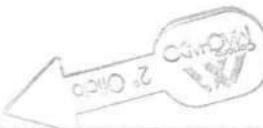
OUTORGADO

NOME COMPLETO: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS		
CPF: 045.291.864-23	RG: 99029071681	ÓRGÃO EMISSOR: SSP - CE
ENDERECO: RUA BEATA MARIA DE ARAUJO		
Nº 09		
BAIRRO: ROMEIRÃO	CEP: 63050-720	COMPLEMENTO PROX. A DELEGACIA CIVIL
CIDADE/UF: JUAZEIRO DO NORTE - CEARÁ	Tel.(DDD) (88) 3512/4870	

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO DPVAT**, referente à vítima e dados abaixo:

VÍTIMA: DORA CANDIDA DA SILVA	CPF: 848.915.803-72
NATUREZA: INVALIDEZ / DAMS	ACIDENTE OCORRIDO DIA: 19-05-2019

Dora candida da silva



Assinatura do Outorgante

(Reconhecer por Autenticidade)

J. DO NORTE - CE

08/10/2019

Local e Data



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362605/19

Vítima: DORA CANDIDA DA SILVA

CPF: 848.915.803-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: DORA CANDIDA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS : 045.291.864-23

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

DORA CANDIDA DA SILVA : 848.915.803-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 045.291.864-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Antonia Daniella Ferreira da Silva