
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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 848.915.803-72 4 - Nome completo da vítima: DORA CANDIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: DORA CANDIDA DA SILVA 6 - CPF: 848.915.803-72
7 - Profissão: RECUSO SE 8 - Endereço: SÍTIO BREJO QUEIMADO 9 - Número: 147 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÍTIO SABIA 12 - Cidade: JUAZEIRO DO NORTE 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63010-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 851988070712

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0032 CONTA: 67401 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Dora Candida da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: **SÍTIO 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

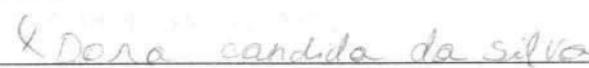
Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima indicados, veio a cair de aludida Moto em razão de ter perdido o controle do veículo, causando-lhe fratura no braço esquerdo; Sua vizinha MARIA EDILANIA DE SOUSA, residente no Sítio Brejo Queimado, levou-a inicialmente para a Unidade de Pronto Atendimento (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 TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



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 Nº 488 - 11753 / 2019

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: **SÍTIO 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 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 Nº 488 - 11753 / 2019

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

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: 848.915.803-72 4 - Nome completo da vítima: DORA CANDIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: DORA CANDIDA DA SILVA 6 - CPF: 848.915.803-72
7 - Profissão: RECUSO SE 8 - Endereço: SÍTIO BREJO QUEIMADO 9 - Número: 147 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÍTIO SABIA 12 - Cidade: JUAZEIRO DO NORTE 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63010-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 851988070712

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0032 CONTA: 67401 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Dora Candida da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 000000067401-6

Nr. da Autenticação 4494EA90411775CC

9950903

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

enei

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 08 106.848-3Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 004403441

Rota JN911R51

Referência 08/2019

Nome DORA CANDIDA DA SILVA

Endereço ST BREJO QUEIMADO, 00147 - 00147, ST SABIA,
63010-000, JUAZEIRO DO NORTE

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Emissão 19/08/2019

Ligação Monofásico

Medidor 4994272-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

9950903-0001-70-0001-70-0001-70

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 31 dias

Anterior

Atual

Próxima prevista

19/07/2019

19/08/2019

02/09/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	8.131	8.029	1,00	102	00	102	0,80784	82,40

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00853	0,87
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03716	3,79
CONSUMO	0,80784	82,40
MULTA	-	1,49

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	87,06	27,00	23,50
PIS	87,06	1,35	1,16
COFINS	87,06	6,16	5,35

PERÍODO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/09/2019	88,55

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

848.915.803-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
39,82	0,00	0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/07 Valor R\$74,45). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Podera ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000009950903.

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 20/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 19/08

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/BIBLIOTECABEB/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 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 **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 **INVALEZ/ DMS** da Vítima **DORA CANDIDA DA SILVA**

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

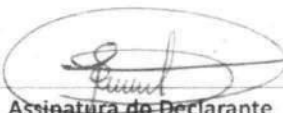
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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	CEP:	63050-720	Tel.(DDD):	(88) 3512/4870

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


Assinatura do Declarante

**UPA 24h Limoeiro**

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

561712

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

Ultimo 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
CRM 8857

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:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63100-000

Bairro: ZONA RURAL

Tel.: 88 98821-5540

Endereço: SÍTIO 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: TRIÁDE

Fluxograma: NÃO INFORMADO

Discriminador:

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

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEI 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
TPA - 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:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63100-000

Bairro: ZONA RURAL

Tel.: 88 98821-5540

Endereço: SÍTIO BREJO QUEIMADO

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 SE 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 </BR>SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 14 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	



ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

Dr. Breno A. Macêdo Cruz
Ortopedia Traumatologia
CRM 13375 - OAB 20041-2011-1001

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: DORA CANDIDA DA SILVA
Endereço: SÍTIO 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 UMEROS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

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 11428

NOME: DORA CANDIDA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1978
SOLICITANTE: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ
SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II
DATA DO EXAME: 28/05/2019
DATA DO LAUDO: 28/05/2019
DATA DE RETIFICAÇÃO: 29.05.2019
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO ESQUERDO

PRONTUARIO: 175304

ENFERMARIA/LEITO: EXT05
HORA DO EXAME: 14:00
HORA DO LAUDO: 15:49
HORA DA RETIFICAÇÃO: 11:22

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 edematosa 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 UMEROS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

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 11926

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 Drogeria

2ª Via orientação ao Paciente

Carimbo do Médico

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

Paciente: Dra. Sandra A. Silva

Endereço: 1) Ce + deixo 500-2

Prescrição: 1) Ce + deixo 500-2

16 P V.O
+ 616h

2) Flon Cox 500-2

16 P
V.O + 1212h

Data 06/06/2019

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

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data / /



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Dona Condita d
Silva
necessita de 151 dias) dias de
afastamento de suas atividades _____, a partir desta
data, por motivo de doença _____

CID - S- 52-0

Juazeiro do Norte, 06 DE 12 DE 2019

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 002.0048
RQE: 3989

Av. Padre Cicero, 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 Dora Laureli de Silve
Deverá afastar-se do trabalho por um período de 40 (quarenta) dias, a partir de hoje. Por motivo de saúde.

CID: S52 - fraturação cabeça rido C

DATA:

Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.345.14-1 10716346-6

Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.345.14-1 10716346-6

28.05.19

28-05.19

28.05.19

Assinatura do médico: N. CRM



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

P/ Dorso Lateral

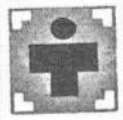
Schul

1 RX de Colúmbel

11-07-10

Wayson B. dos Santos
Ortopedista - Traumatologista
CRM-CE 16.498
RQE 3969

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



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

17/ Data 6/11/20

____ Vb 01/11/20

1) Flan Cox 500-8-14X

1 LP

Vo de 12/11/20

20-06-2010

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedista Traumatologia
CRM-CE 9048
RQE 3989

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



HOSPITAL
REGIONAL
DO CEARÁ



ISGH



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À SAÚDE PÚBLICA
GOVERNADOR: DR. JOSE EULIDES FERREIRA | SECRETÁRIO: DR. JOSE CARLOS GOMES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

Dom Candido da Silva

FOI ATENDIDO(A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO POR [*180*] DIA(S)

DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

CID:

S52

JUAZEIRO DO NORTE(CE),

05 DE *06*

DE *19*

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

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



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

1ª VIA — RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA — ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: Dr. Claudio de Faria

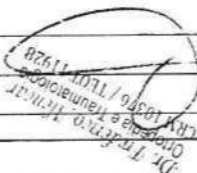
ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

PAO 30 — 01 CO

Tomo 01 q. 8186

05 06 19
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/ Dona Cavalcanti
+ Silva

solu

1) Fratura de Coluna
L1 vertebra x 100 Cariri-
Santos.

LOD. 84.

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

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

(02) Dr. Samir



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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Dora Carolina da Silva
Data de Nascimento: 04/11/1974
Sexo: F Idade: 40 Endereço: Rua Manoel 617
Bairro: Timbuba Município: Juazeiro do Norte Data do Atendimento: 28/05/1999

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

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

paciente relata C. de 2 dias atrás, dor no
abd. sup. direito, aguda
si de náuseas com vômito e

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS/ SOLICITADOS

Ex: hemograma, uréia, creatinina
do sangue e fezes

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL CA no 1º sh
AMU 402 (552)

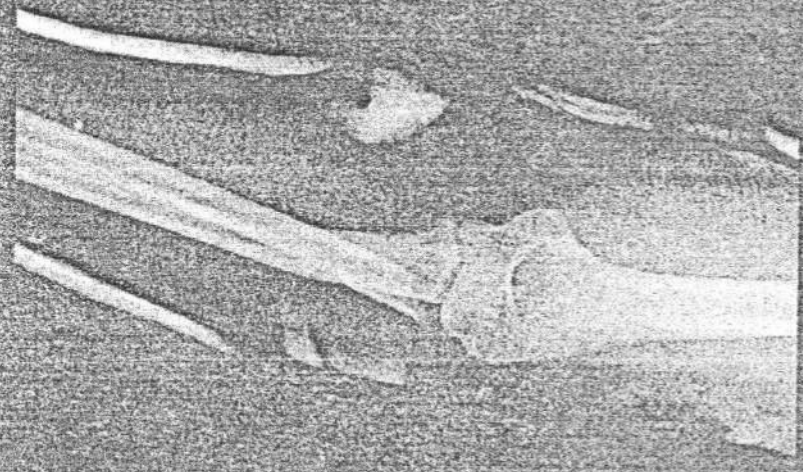
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO

Agora Carolina Silva

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

Series number: 1
Image number: 1



(Undefined)

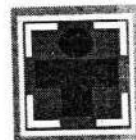
AW/WC/4096/2047

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mAs





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 Clinica ou resumo:

Exames complementares:

Diagnostico:

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

() Agudo

() Crônico

() Tempo de Evolução

() Meses () Anos

Previsão de Alta: ___/___/___

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Indisciplina ()

Hora:

Transferido ()

Óbito: _____

Causa: _____

Data: ___/___/___

* Dora Candida da Silva

Paciente/Responsável

Médico Solicitante



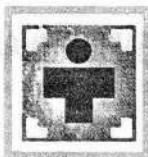
HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Dora Cândida da Silva Nº do Registro: 8433
Idade: 40a Data: 06/06/19 Convênio: POEF - JUAZEM Leito:
Cirurgião: Dr. Waydson Anestesista: Dr. Douglas Lucena
Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito: I - I - 10: 14:30h
Fim: 15:15h

	10	15	30	45	11	15	30	45	12	15	30	45	13	15	30	45	14	15	30	
AGENTES																				
Líquidos Venosos	<u>5F 500</u>																			
PA	<u>90 - 90 - 90</u>																			
V	<u>90 - 90 - 90</u>																			
PULSO	<u>90 - 90 - 90</u>																			
ANES	<u>90 - 90 - 90</u>																			
X	<u>90 - 90 - 90</u>																			
OP.	<u>90 - 90 - 90</u>																			
O	<u>90 - 90 - 90</u>																			
TEMP.	<u>90 - 90 - 90</u>																			
ASPIR.	<u>90 - 90 - 90</u>																			
A	<u>90 - 90 - 90</u>																			
RESP.	<u>90 - 90 - 90</u>																			
O	<u>90 - 90 - 90</u>																			
Expon.	<u>90 - 90 - 90</u>																			
Assist.	<u>90 - 90 - 90</u>																			
Contra.	<u>90 - 90 - 90</u>																			
SÍMBOLOS																				

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <u>Propofol 3%</u>		<u>Blog. Supra + Am. USC</u>	
B. <u>Propofol 2%</u>		<u>- 200 ml - 150 ml</u>	
C. <u>Propofol 2%</u>		<u>- 200 ml - 150 ml</u>	
D. <u>Propofol 2%</u>		<u>- 200 ml - 150 ml</u>	
E.		<u>Novabupr 0,25% 100</u>	
F.			
G.			
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OTROTRAQUEAL - CEGA BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA <u>45 min</u>	
OPERAÇÃO		<u>Trat. Fract. Rádio Ulnar (Cotovelo)</u>	
ANESTESISTA	<u>Douglas Lucena</u>	CIRURGIÃO <u>Dr. Waydson</u>	PERDA SANGÜÍNEA <u>100 ml</u>



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

Paciente: Dona Comidinha da Silva Convênio: Pneq. Guazeira
Cirurgia: Ho cirúrgico de fratur. Lobeus de nadia Data: 06/06/2019
Anestesia: Início: 14:30 Hs Fim: 15:15 Hs Médico: Dr. Waydson

Material		Taxa de Sala		Sol./Medicam./ Anestésicos				500 ml
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial		Adrenalina	AMP	Soro Fisiol. Infusão / Lavar	TB	1
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	1
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	Fios Sutura		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 Metileno	UN	Monocryl N°	UN	Clonidin 150mcg	AMP	Tilatil 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	Valium 10mg	AMP	
Cateter Jelco 18	UN	Mononylon N°	UN	Dormonid 15mg	AMP	Vaselina pomoda	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	1
Coletor Urina Fechado	UN	Prolene N°	UN	Efortil 10mg	AMP	Xylestesin GEL	Gr	
Compressa Grande	UN	Sertix Catgut Cromado N°	UN	Esmiron 10mg/ml	AMP	Xylestesin Spray	ML	
Cotonete	UN	Sertix Catgut Simples N°	UN	Éter	AMP	Xylestesin SV 2%	AMP	
Capa pl Video	UN	Vicryl N°	UN	Fenergan	AMP			
Dreno Penrose	UN	Vicryl N°	UN	Fentanest	FA			
Dreno Torax Biokit	UN			Fraxiparina 0,3 ou 0,6	AMP			
Eletrodos ECG	UN			Glicose 25% ou 50%	AMP			
Equipo Artroscopia	UN	Equipamentos / Gases		Glutaron	MI			
Equipo Sangue	UN	Ar Comprimido	Hr	Haemmacel	TB			
Equipo Soro	UN	Bisturi Elétrico	UN	Heparina 5000/1ml	AMP			
Esparadrapo 70	UN	Bomba Infusão	UN	Hidro cortisona	FA			
Escova PVPI	UN	Capnografia	UN	Hypaque 50%	FA			
Faixa Smarch 15cm	UN	Desfibrilador/Cardioversor	UN	Inoval	AMP			
Formol liquido	ml	Fotografia	UN	Isoflurano	FR			
Gaze Alcochoada	UN	Intensificador Imagens	UN	Kanakion	AMP			
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN	Monitor Multiparamétrico	Hr	Ketalar 50mg/ml	FA			
Gaze Vaselineada	UN	Oxigênio	Hr	Lanexat 0,5mg	AMP			
Gel Condutor	Gr	Óxido Nitroso	Hr	Lasix 40mg (Furosemda)	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		Nausebron 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			
Micro pore	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: <u>Dr. Waydson</u>		Nubain 10mg	AMP			
Seringas desc. 05 ml	UN	02 - Auxílio I:		Óleo de Canola	MI			
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxílio II:		Omeprazol 40mg	FA			
Seringas desc. 20 ml	UN	05 - Instrumentador: <u>Paulo</u>		Orastina	AMP			
Seringas desc. 60 ml	UN	06 - Anestesista: <u>Dr. Douglas</u>		Pancuron	AMP			
Seringa Peridural - Perifix	UN	07 - Pediatra:		Pavulon	AMP			
Sonda Foley 2V N°	UN	00 - Circulante: <u>Diana</u>		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							



NOME:

Nº DO PRONTUÁRIO:

MÉDICO:

CONVÊNIO:

DATA:

/ /

- 1) Paciente em de carilho preso
- 2) A mesa na + o corpo na +
- 3) Início longitudinal em re-
- 4) Exercício na +
- 5) Exercício de +
- 6) 4 + + +

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

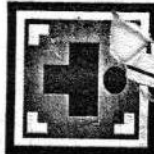
H.C.
M. Batista

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Enfermeira: _____

Instrumentador: _____

Circulante: _____



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

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

Nome: Dora Costa
Quarto: _____
RG: _____

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

EVOLUÇÃO MÉDICA

06/11/2016 Presc. 1000 cc EV

10/11/2016 Detalhe 19 EV

11/11/2016 Detalhe (2.8) 19, EV e 010h

12/11/2016 Detalhe 12.5 + 4.5

13/11/2016 Detalhe 12.5 + 4.5

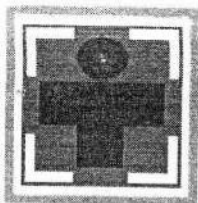
Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CE 5048
RQE 3989

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CE 5048
RQE 3989

Presc. 1000 cc EV

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CE 5048
RQE 3989

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CE 5048
RQE 3989



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, HIGIENIZACAO CORPORAL SATISFATORIO, SONO+REPOUSO PRESERVDAOS, FUNCOES FISIOLÓGICAS PRESENTES, AFIRMA SER TABAGISTA, NEGA: ETILISMO, HIPERTENSAO 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

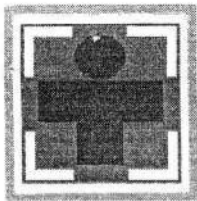
CLIENTE ENCAMINHADA NA MACA PARA S.O, ACOMPANHADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

16:30

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



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 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

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 MEDICA, HIDRATADA, HIGIENE CORPORAL SATISFATORIA, ACEITA A DIETA OFERECIDA, SSVV AFERIDOS, SEM QUEIXAS.

PA=110/1X80mmHg

T=36,2°C

P=78bpm

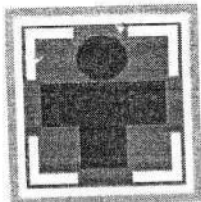
R=19rpm

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

Mª 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

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

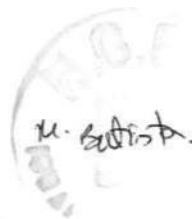
AS 07:30 CLIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, CALMA, RECEBEU VISITA MEDICA+ALTA HOSPITALAR EM SEGUIDA RETIRADO AVP, SAIU DEAMBULANDO ACOMPANHADA POR FAMILIARES

PA= 110X60MMHg

T=36,2°C

P =78 BPM

R =19RPM



Rosa Maria F. de Lima Melo
Enfermeira
COREN-CE 432.169

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

**UPA 24h Limoeiro**

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

561712

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

Ultimo 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
CRM 8857

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:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63100-000

Bairro: ZONA RURAL

Tel.: 88 98821-5540

Endereço: SÍTIO 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: TRIÁDE

Fluxograma: NÃO INFORMADO

Discriminador:

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

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEI 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
REAVIAÇÃO

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
TPA - 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: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63100-000 Bairro: ZONA RURAL Tel.: 88 98821-5540
Endereço: SÍTIO BREJO QUEIMADO 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 SE 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 </BR>SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 14 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	



ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

Dr. Breno A. Macêdo Cruz
Ortopedia Traumatologia
CRM 13375 - OAB 20041-2011-2012

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 UMEROS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

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 11428

NOME: DORA CANDIDA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1978
SOLICITANTE: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ
SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II
DATA DO EXAME: 28/05/2019
DATA DO LAUDO: 28/05/2019
DATA DE RETIFICAÇÃO: 29.05.2019
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO ESQUERDO

PRONTUARIO: 175304

ENFERMARIA/LEITO: EXT05
HORA DO EXAME: 14:00
HORA DO LAUDO: 15:49
HORA DA RETIFICAÇÃO: 11:22

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 capitôlo, 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 edematosa 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 UMEROS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

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 11926

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 Drograria

2ª Via orientação ao Paciente

Carimbo do Médico

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

Paciente: Dra. Sandra A. Silva

Endereço: 1) Ce + deixo 500-2

Prescrição: 1) Ce + deixo 500-2

16 P V.O
+ 616h

2) Flon Cox 500-2

16 P
V.O + 12/12h

Data 06/06/2019

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

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Dona Condita d
Silva
necessita de 151 dias) dias de
afastamento de suas atividades _____, a partir desta
data, por motivo de doença _____

CID - S- 52-0

Juazeiro do Norte, 06 DE 12 DE 2019

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 002.0048
RQE: 3989

Av. Padre Cicero, 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 Dora Laureli de Silve
Deverá afastar-se do trabalho por um período de 40 (quarenta) dias, a partir de hoje. Por motivo de saúde.

CID: S52 - fraturação cabeça rido C

DATA:

Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.345.14-1 10716346-6

Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.345.14-1 10716346-6

28 maio 2019

28-05-19

28-05-19

Assinatura do médico: N. CRM



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

P/ Dorso Lateral

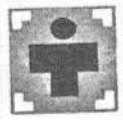
Schul

1 RX de Colúmbel

11-07-10

Wayson B. dos Santos
Ortopedista - Traumatologista
CRM-CE 16.498
RQE 3969

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



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

17/ Data 6/11/20

____ Vb 01/11/20

1) Flan Cox 500-8-14X

1 LP

Vo de 12/11/20

20-06-2010

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedista Traumatologia
CRM-CE 9048
RQE 3989

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



HOSPITAL
REGIONAL
DO CEARÁ



ISGH



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À SAÚDE PÚBLICA
GOVERNADOR: DR. JOSE EULIDES FERREIRA | SECRETÁRIO: DR. JOSE GILBERTO GOMES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

Dom Candido da Silva

FOI ATENDIDO(A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO POR [*180*] DIA(S)

DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

CID:

S52

JUAZEIRO DO NORTE(CE),

05 DE *06*

DE *19*

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

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



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

1ª VIA — RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA — ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: Dr. Claudio de Faria

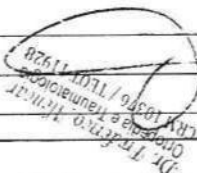
ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

PAO 30 — 01 CO

Tomo 01 q. 8186

05 06 19
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/ Dona Cavalcanti
+ Silva

solu

1) Fratura de Coluna
L1 vertebra x 100 Cariri
Santos.

LOD. 84.

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

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

(02) Dr. Samir



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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº SUS: 00000000000000000000 Nome: Dora Carolina da Silva
Idade: 40 Endereço: Rua Manoel 617 Data de Nascimento: 04/11/1974
Bairro: Timbóuba Município: Juazeiro do Norte Data do Atendimento: 28/05/1999

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

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

paciente relatando C. de 2 dias. Exame físico: Ex. físico, ausculto, ausculto
sl do abdome sem excessos calculei C.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS/ SOLICITADOS

Ex: mat cabeça, abdome sl deus
ls me pl fec

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CA met sl
AMUQD (552)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO

Agora Carolina Silva

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

Series number: 1
Image number: 1



(Undefined)

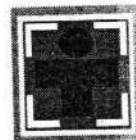
AWWC 4096/2047

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mAs





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 Clinica ou resumo:

Exames complementares:

Diagnostico:

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

() Agudo

() Crônico

() Tempo de Evolução

() Meses () Anos

Previsão de Alta: ___/___/___

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Indisciplina ()

Hora:

Transferido ()

Óbito: _____

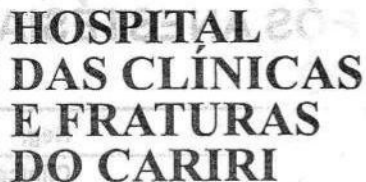
Causa: _____

Data: ___/___/___

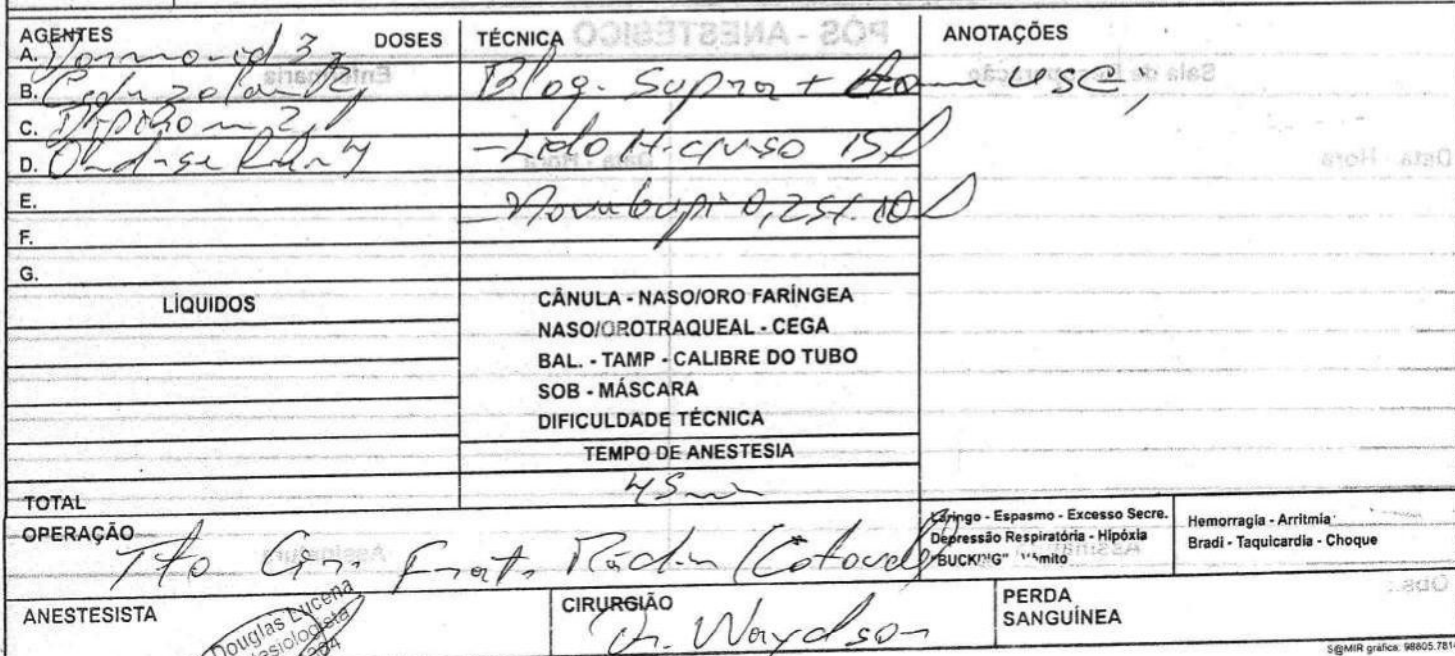
* Dora Candida da Silva

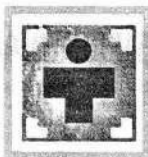
Paciente/Responsável

Médico Solicitante



Nome do Paciente:	Dora Cândida da Silva	Nº do Registro:	8433
Idade:	40a	Data:	06/06/19
		Convênio:	PREF. JUAZEIRO
Cirurgião:	Dr. Wladimir	Anestesista:	Dr. Douglas Lucem
Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:	<p>I - Tiro: 14:30h</p> <p>Fim: 15:15h</p>		





HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

Paciente: Dona Comidinha da Silva Convênio: Pneq. Guazeira
Cirurgia: Ho cirúrgico de fratur. Lobeus de nadia Data: 06/06/2019
Anestesia: Início: 14:30 Hs Fim: 15:15 Hs Médico: Dr. Waydson

Material		Taxa de Sala		Sol./Medicam./ Anestésicos				500 ml
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial		Adrenalina	AMP	Soro Fisiol. Infusão / Lavar	TB	1
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	1
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	Fios Sutura		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 Metileno	UN	Monocryl N°	UN	Clonidin 150mcg	AMP	Tilatil 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	Valium 10mg	AMP	
Cateter Jelco 18	UN	Mononylon N°	UN	Dormonid 15mg	AMP	Vaselina pomoda	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	1
Coletor Urina Fechado	UN	Prolene N°	UN	Efortil 10mg	AMP	Xylestesin GEL	Gr	
Compressa Grande	UN	Sertix Catgut Cromado N°	UN	Esmiron 10mg/ml	AMP	Xylestesin Spray	ML	
Cotonete	UN	Sertix Catgut Simples N°	UN	Éter	AMP	Xylestesin SV 2%	AMP	
Capa pl Video	UN	Vicryl N°	UN	Fenergan	AMP			
Dreno Penrose	UN	Vicryl N°	UN	Fentanest	FA			
Dreno Torax Biokit	UN			Fraxiparina 0,3 ou 0,6	AMP			
Eletrodos ECG	UN			Glicose 25% ou 50%	AMP			
Equipo Artroscopia	UN	Equipamentos / Gases		Glutaron	MI			
Equipo Sangue	UN	Ar Comprimido	Hr	Haemmacel	TB			
Equipo Soro	UN	Bisturi Elétrico	UN	Heparina 5000/1ml	AMP			
Esparadrapo 70	UN	Bomba Infusão	UN	Hidro cortisona	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 Alcochoada	UN	Intensificador Imagens	UN	Kanakion	AMP			
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN	Monitor Multiparamétrico	Hr	Ketalar 50mg/ml	FA			
Gaze Vaselineada	UN	Oxigênio	Hr	Lanexat 0,5mg	AMP			
Gel Condutor	Gr	Óxido Nitroso	Hr	Lasix 40mg (Furosemda)	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		Nausebron 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			
Micro pore	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 - Auxílio I:		Óleo de Canola	MI			
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxílio 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) Paciente em de carilho preso
- 2) A mesa na + o corpo na +
- 3) Início longitudinal em re-
- 4) Exercício na +
- 5) Exercício de +
- 6) 4 + + + +

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

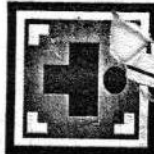
H.C.
M. Batista

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Enfermeira: _____

Instrumentador: _____

Circulante: _____



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

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

Nome: Dora Costa
Quarto: _____
RG: _____

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

EVOLUÇÃO MÉDICA

06/11/2016 SR. 1000 de EV

10/11/2016 Detalhe 19 EV

11/11/2016 Detalhe (2.8)

12/11/2016 Detalhe 19 EV

13/11/2016 Detalhe 19 EV

14/11/2016 Detalhe 19 EV

15/11/2016 Detalhe 19 EV

16/11/2016 Detalhe 19 EV

17/11/2016 Detalhe 19 EV

18/11/2016 Detalhe 19 EV

19/11/2016 Detalhe 19 EV

20/11/2016 Detalhe 19 EV

21/11/2016 Detalhe 19 EV

506 506

506 506

506 506

506 506

506 506

506 506

506 506

506 506

506 506

506 506

506 506

506 506

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

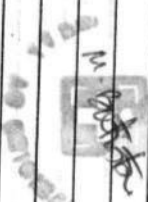
Prescrição Médica

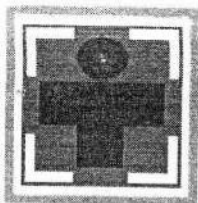
Prescrição Médica

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CE 5048
RQE 3989

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CE 5048
RQE 3989

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CE 5048
RQE 3989





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, HIGIENIZACAO CORPORAL SATISFATORIO, SONO+REPOUSO PRESERVDAOS, FUNCOES FISIOLÓGICAS PRESENTES, AFIRMA SER TABAGISTA, NEGA: ETILISMO, HIPERTENSAO 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

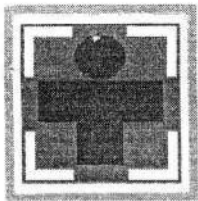
CLIENTE ENCAMINHADA NA MACA PARA S.O, ACOMPANHADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

16:30

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



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 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

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 MEDICA, HIDRATADA, HIGIENE CORPORAL SATISFATORIA, ACEITA A DIETA OFERECIDA, SSVV AFERIDOS, SEM QUEIXAS.

PA=110/1X80mmHg

T=36,2°C

P=78bpm

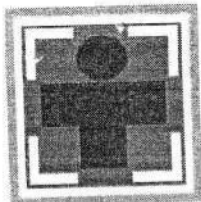
R=19rpm

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

Mª 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

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

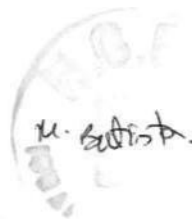
AS 07:30 CLIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, CALMA, RECEBEU VISITA MEDICA+ALTA HOSPITALAR EM SEGUIDA RETIRADO AVP, SAIU DEAMBULANDO ACOMPANHADA POR FAMILIARES

PA= 110X60MMHg

T=36,2°C

P =78 BPM

R =19RPM



Rosa Maria F. de Lima Melo
Enfermeira
COREN-CE 432.169

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

848.915.803-72

Nome

DORA CANDIDA DA SILVA

Nascimento

04/11/1978

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

18 DD




Dora Candida da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98018004270 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/3/1998

NOME DORA CANDIDA DA SILVA

PAI SERASTIAO GALDINO DA SILVA E MÃE ANACISCA CANDIDA DA SILVA


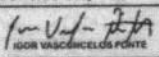
NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 4/11/1978

CERT. NASC. 17294 L 17 F

DO ORIGEM JUAZEIRO DO NORTE/CE

CPF

ASSINATURA COORDENADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Nome EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS</p> </div> <div> <p>DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 99029071681 SSPDS CE</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>CPF 045.291.864-23</p> </div> <div> <p>DATA NASCIMENTO 26/09/1982</p> </div> </div>							
<p>FILIAÇÃO MANOEL PEREIRA DOS SANTOS MARIA APARECIDA DOS SANTOS</p>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>PERMISSÃO []</p> </div> <div> <p>ACC []</p> </div> <div> <p>CATEG AB</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Nº REGISTRO 04012393505</p> </div> <div> <p>VALIDADE 19/12/2021</p> </div> <div> <p>1ª HABILITAÇÃO 16/12/2006</p> </div> </div>							
<p>OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;</p>							
<p style="text-align: center;">  ASSINATURA DO PORTADOR </p>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE</p> </div> <div> <p>DATA EMISSÃO 10/01/2019</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>  IGOR VASCONCELOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR </p> </div> <div> <p>80514056010 CE168710862</p> </div> </div>							
<p style="text-align: center;">CEARÁ</p>							

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1656063485

PROIBIDO PLASTIFICAR

1656063485

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

Nº 013386218511

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

TAB 01 1125521462 1000000000 2017

MARIA EDVANIA DE SOUZA
JUAZEIRO DO NORTE/CE

7675931834

POM646

PLACA ANT/UF

902107006015303

ESPECIE

CONSTITUTEL

HONDA/RIZ 110L

2016 2016

2E/DCV/105CC

PARTIC PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

FAIXA PVA

PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

AL. FIL. E INCC. HONDA

DATA DE PAGAMENTO

JUAZEIRO DO NORTE/CE

04/08/2017

SIGILO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE MOTOCICLETAS, BICICLETAS, OU POR OUTRA CARGA, A PRESSÃO DE TRANSPORTADORA, QUANDO SEGURO DPVAT

CE Nº 013386218511 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

7675931834/CE INFORMAÇÕES GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO E AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

SAC DPVAT 0800 022 1104

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 04/08/2017

01 7675931834

POM646

1125521462

HONDA/RIZ 110L

2016 05

502107006015303

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$)

JENYRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

COTIZ. A SERVIDO. SEGURADORA (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA

PROPRIETARIO

LOTE/DESCOMISSÃO LIDER REPVAT

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
ENDEREÇO: SÍTIO BREJO QUEIMADO		Nº 147
BAIRRO: SÍTIO SABIA	CEP: 63010-000	COMPLEMENTO: CASA
CIDADE/UF: JUAZEIRO DO NORTE - CE	Tel.(DDD) (88) 3512-2371	

OUTORGADO

NOME COMPLETO: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS		
CPF: 045.291.864-23	RG: 99029071681	ÓRGÃO EMISSOR: SSP - CE
ENDEREÇO: 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 pericia 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: INVÁLIDez / 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

 Cartório MACHADO 2º Ofício	BEL PAULO DE TARSO G. MACHADO Tabelião R. São Francisco, 246 Centro Juazeiro do Norte CE CEP: 63010-215 jnpaulo@uol.com.br Fones: (88) 3512.1313 / (88) 3512.1518 / (88) 3512.4261	BEL CÍCERO A. G. MACHADO Substituto	BEL JOÃO G. MACHADO
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de DORA CANDIDA DA SILVA. Feito por <i>Paulo de Tarso</i> . Dou fe. Juazeiro do Norte - CE 08/10/2019.			
Paulo de Tarso Gondim Machado			
IEM: 2.79 FE: 0.18 SE: 1.10 FA: 0.14 FR: 0.14 SS: 1.6 TT: 4.41			
Bel Paulo de Tarso G. Machado Bel Cícero A. G. Machado Bel João G. Machado Maria Regina G. V. Couto			
CMVD RECONHECIMENTO DE FIRMA N. CP 017138			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362605/19

Vítima: DORA CANDIDA DA SILVA

Data do acidente: 19/05/2019

CPF: 848.915.803-72

CPF de: Próprio

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

EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Antonia Daniella Ferreira da Silva