

Relatório de Auditoria
Invalidez
Sinistro: 2010/149009 - 1

GE - 1 Via - 90013000438661



CNIS

REGISTRO NACIONAL

Informações e Serviços

Data: 06/07/2010

Seg.: 5690/07 - CIA EXCELSIOR DE SEGUROS/DPSEG

Data Acidente: 01/02/2010

Vítima: JOAO BATISTA ARRAIS SILVA

Cidade: ASSARE-CE

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS/DPSEG - 5690/07

Ocorrência: INVALIDEZ PARCIAL - 2

Cidade: ASSARE-CE

Requerente/Beneficiário: JOAO BATISTA ARRAIS SILVA

Qualificação:

Procurador: N/C

Procuração:

Cidade: -

Médico Assistente: N/C

Médico Avaliador: JORGE LUIZ COELHO LEITE

Analista: MARCOS JOSE MENDES DE ARAÚJO

Perícia em Consultório

CRM: N/C

CRM: 5931/CE

Resultado da Auditoria

1 - Avaliação Médica

APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (JÁ INCLUINDO DÉFICIT MOTOR).

2 - Conclusão da Auditoria

INVALIDEZ REDUZIDA.

Membros

- SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Pleiteado(%)	Avaliado(%)
(100,00 de 100,00)	(025,00 de 100,00)

TOTAL PLEITEADO: 100,00% - R\$ 13.500,00

TOTAL AVALIADO : 25,00% - R\$ 3.375,00

DT. PERÍCIA: 29/06/2010

Observação

DRA. DORES MARIA B. C. MENDES
RESP. TÉCNICA

**Seguradora Líder dos
Consortícios do Seguro DPVAT**

Parecer Médico

[Análise]

PRESTADORA:	Visão Médica
NOME DA VÍTIMA:	JOÃO BATISTA ARRAIS SILVA
NÚMERO DO SINISTRO:	2010/149009
DATA DO ACIDENTE:	01/02/2010
UF:	CE
SEGURADORA:	CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
REGULADORA:	DPSEG - Serviços de Seguros Ltda

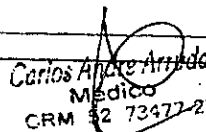
DIAGNÓSTICO:
TCE

SEQÜELAS PERMANENTES:

VALOR RELEVANTEADO / PERCENTUAL:	VALOR AVALIADO / PERCENTUAL	PERÍCIA MÉDICA:
		Sim
DOCUMENTO(S) COMPLEMENTAR(ES)		

PARECER:

OBSERVAÇÕES:

DATA DA ANÁLISE	DATA DO ENCAMINHAMENTO	ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
21/06/2010	22/06/2010	 Carlos André Arruda Médico CRM 32 73477-2

DIGITADO

Seg/Reg:

Exelbrión

Apreg reg

Sinistro nº

2010/149009

PROCEDIMENTO

Processo nº 100 / 091375 / 2010 / 001

Prestador: () CNIS () MS ☒ Visão Médica () Amorim e Mattos

() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () CEBEME

PROCEDIMENTO

Processo nº 100 / 11 / 110 / 002

Prestador: ☒ CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos

☒ Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () CEBEME

PROCEDIMENTO

Processo nº 100 / _____ / _____ / _____

Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos

() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação () CEBEME

Obs.:

() VÍTIMA PRO./SEGURO QUITADO

☒ VÍTIMA NÃO PROPRIETÁRIO

Liberado para pagamento ☐

Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista/Luis Claudio

Data : 27 / 05 / 2010

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo

PRI F

* Megadata Computacoes D.P.V.A.T. 12/05/2010 12:23:08 *
* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *
* DPV010T ***** CONSULTA POR NUMERO DO SINISTRO ***** U003 / DPV016P *

ANO / NUM. / LANC -	2010 / 149009 / 01	COD. DEPEND .. -	499
COD. SEG. -	5690	TIPO DOCUMENTO -	4 EX -
NUM. DOCUMENTO -	CE093047856	DT. CADAST. PARC. -	00 / 00 / 0000
CATEGORIA -	09	DT. SINISTRO . -	01 / 02 / 2010
DT. CADAST.... -	12 / 05 / 2010	DT. RATEIO ... -	00 / 00 / 0000
NATUREZA -	2	CPF VITIMA -	33084955387
NOME DA VITIMA -	JOAO BATISTA APPAIS SILVA	VALOR INDENIZ. -	
DT. NASC. -	15 / 01 / 1961	VLR COR. MON/JUR -	0,00
SEQUENCIA -	001	DT. PAGAMENTO -	00 / 00 / 0000
COD. REC/RECL. -	4	DT. ATUALIZ... -	12 / 05 / 2010
NOME RECEBEDOR -		BOLETIM -	086/2010
CPF/CGC RECEB. -	0000000000000000	UF DELEGACIA -	CE
PROCURADOR/INT. -		SUB-JUDICE ... -	DT. RECEB.
CPF/CGC PRC/INT -		CONF. PGTO -	/ /
DELEGACIA -	ASSARE		
REGULACAO -	0		
DT. RECLAMACAO -	10 / 05 / 2010		

ENTER = CONTINUAR PF03 = FIM PF07 = VOLTA MENU

Jose Riad. (Pm)

=====

* Megadata Computacoes D.P.V.A.T. 12/05/2010 12:22:17 *

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *

* D219/DPV219T *** AVISO DE SINISTRO *** U003 / DPC219P *

=====

DATA ULTIMO DOCUMENTO - 12 / 05 / 2010 CODIGO BENEFIC./RECEB. - 4
NOME DO BENEFICIARIO - JOAO BATISTA ARRAIS SILVA
CPF/CGC BENEFICIARIO - 00033084955387 TIPO DOCUMENTO - 1 (1=CPF 2=CGC)
DATA NASC. BENEFIC. - 15 / 01 / 1961 TELEFONE - /
ENDERECO - PINTO MADEIRA
COMPLEM. - 73 CEP- 63145 - 000
BAIRRO - DISTRITO AMARO UF - CE
MUNICIPIO- ASSARE

INF. PROF- 905 INF. RENDA- 001

PROCURADOR/INTERMED. - EVERARDO DE *----- RESPOSTA -----*

CPF/CGC DO PROC/INTER - 000346395783 * NADA CONSTA PARA O SINISTRO *

DATA NASC. PROC/INTER - 13 / 12 / 19 * LIQUIDACAO SOB SUA RESPONSABILIDADE *

INF. PROF- 908 INF. RENDA- 002 C * DOCUMENTO : *

UF DO OFIC. PROCURACAO- * 4/CE093047856 *

NOME DO MEDICO - NI * SINISTRO CADASTRADO NO. 2010/149009 *

CRM DO MEDICO - *----- ESTIMATIVA - 1.617,00 -----*

BCO/AG-DV/CONTA-DV/DVA- 001 / 01020 - 0 / 000000011793 - 5 /

** PARA CADASTRAR OUTRO SINISTRO, TECLAE ENTER, OU A PF DESEJADA PARA CONTINUAR

PF1=HELP PF2=C380/08 PF3=FIM PF4=MENU PF5=BEN PF6=MED PF7=TEL PF8=BCO PF9=MU



ESTADO DO CEARÁ
SEC. DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR
19ª DRPC/UNIDADE POLICIAL DE ASSARÉ/CE

Rua Pe. Agamenon de Matos Coelho nº 148 – Centro – Assaré/CE. CEP 63140-000 Fone: 0**3535-1640

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SEC. DA SEG. PÚBLICA E DEF. SOCIAL
DEL. REG. POL. CIVIL CRATO
UNIDADE POLICIAL DE ASSARÉ

BOLETIM DE Ocorrência

B.O. nº 086/2010

DATA DO REG. 26/fevereiro/2010

HORA/COMUNICAÇÃO: 09h40min.

DATA/OCORRÊNCIA: 1º/fevereiro/2010

HORA/OCORRÊNCIA: 14h00min.

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Vila Bonita – Serra de Santana - Assaré-Ceará.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO. (QUEDA DE MOTOCICLETA).

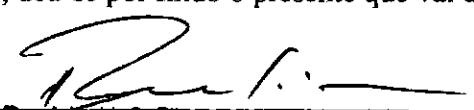
NOTICIANTE

MARIA ALVES SILVA, brasileira, casada, funcionária pública, natural de Assaré-CE, onde nasceu aos 04/05/1962, filha de Pedro de Souza Nogueira e de Maria Alves de Lima, portadora de RG nº 97029084507 SSP-CE, residente na Rua Pinto Madeira nº 73 – Distrito de Amaro – Assaré/Ceará.

HISTÓRICO

Informa a noticiante advertida das penalidades impostas pelo artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que no dia 1º de fevereiro de 2010, por volta das 14h00min., o seu esposo **João Batista Arrais Silva**, brasileiro, casado, agricultor, natural de Assaré-Ce, nascido aos 15/01/1961, filho de Francisco Itamar Liberal Arrais e de Terezinha Maria Arrais, portador de RG nº 1485044/88 SSP-CE, residente na Rua Pinto Madeira nº 73 – Distrito de Amaro – Assaré/Ce, trafegava pela estrada carroçável na Vila Bonita – Serra de Santana neste município, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, particular, de cor vermelha, ano e modelo 2007, de placa HXN-6802-CE, Chassi nº 9C2KC08107R102930, RENAVAL nº 913047856, licenciada em nome de Francilucia Alves Silva Brito – Assaré-Ce, quando em dado momento, perdeu o controle da referida motocicleta, vindo a cair ao solo; Que diz a noticiante, que em consequência do acidente o seu esposo Sr. João Batista Arrais Silva, sofreu uma grande pancada na cabeça, sendo socorrido para o Hospital local e em seguida devido a gravidade da lesão, foi transferido para o Hospital Santo Antonio na cidade de Barbalha/Ce, onde foi submetido a intervenção cirúrgica. Que diz a noticiante que o seu esposo não é possuidor de carteira nacional de habilitação; Que o noticiante apresenta como testemunhas do acidente, os Srs. Vandeildo Alves de Sousa Silva, residente na Vila Bonita – Serra de Santana – Assaré/Ceará e Robson Alves de Araújo, residente na Rua Pinto Madeira nº 21 – Distrito de Amaro – Assaré/Ce. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente que vai devidamente assinado. //

Encarregado da Unid. Policial


João Batista Arrais Silva H. C. Filho - 1963-PM
Encarregado da Unid. Policial

Noticiante Maria Alves Silva

1ª Testemunha: Vandeildo A. de S. Silva

2ª Testemunha: Robson Alves de Araújo

Escrivão ad-hoc


Cezar Gomes Ribeiro - CB.PM

M.F 073.985-1-4

ESCRIVÃO AD - HOC

1485044/88.24V12 05/10/91

PLUGUIN GERAL

NOME JOÃO BATISTA ARRAIS SILVA

Francisco Itamar Liberal Arrais

Terezinha Maria Arrais

NATURALIDADE Assaré - Ce

15/01/61

Cert. Nasc. N. 1065L. B-04 Fls. 165

Cert. Assaré - Ce

CPI

FORTALEZA

ASSINATURA COPIADA

11/11/87 116 DE 2908/83

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

JOÃO BATISTA ARRAIS SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO ASSARÉ - CEARÁ

Está conforme o original. Conferi autêntico de acordo com o art. 2º do Decreto Lei 2.148 de 26/04/48. Dou fé

Assaré (CE) 24/02/2010

[Assinatura]

☒ Vicente de Paulo Rodrigues Paiva - Oficial

☐ Lidia de Fátima Paiva - Substituta

☐ Luis Catonho Paiva - Compromissado

Válido Somente com Selo de Autenticidade



Cartório Rodrigues Paiva
Vicente de Paulo R. Paiva
Titular
Lidia de Fátima Faiva
Escrevente Substituta
Assaré - Ceará

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO ASSARÉ - CEARÁ

Está conforme o original. Conferi autêntico de acordo com o art. 2º do Decreto Lei 2.148 de 26/04/48. Dou fé

Assaré (CE) 24/02/2010

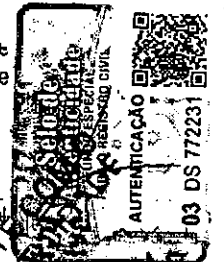
[Assinatura]

☒ Vicente de Paulo Rodrigues Paiva - Oficial

☐ Lidia de Fátima Paiva - Substituta

☐ Luis Catonho Paiva - Compromissado

Válido Somente com Selo de Autenticidade



Cartório Rodrigues Paiva
Vicente de Paulo R. Paiva
Titular
Lidia de Fátima Paiva
Escrevente Substituta
Assaré - Ceará



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO ASSARÉ - CEARÁ

Está conforme o original. Conferi autêntico de acordo com o art. 2º do Decreto Lei 2.148 de 26/04/48. Dou fé

Assaré (CE) 24/02/2010

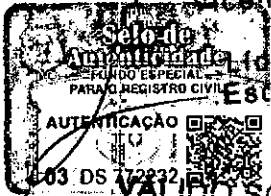
[Assinatura]

☒ Vicente de Paulo Rodrigues Paiva - Oficial

☐ Lidia de Fátima Paiva - Substituta

☐ Luis Catonho Paiva - Compromissado

Válido Somente com Selo de Autenticidade



Cartório Rodrigues Paiva
Vicente de Paulo R. Paiva
Titular
Lidia de Fátima Paiva
Escrevente Substituta
Assaré - Ceará

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA DPVAT

EU JOAO BATISTA ARRAIS SILVA Abaixo
Assinado, portador do RG nº 148 5044 88 /SSP CE
E do CPF Nº 330.849 - 553 - 87, Venho por meio
desta declarar que **VIVO E RESIDO**.

Na(o) RUA PINO MADEIRA Nº 73
Bairro DISTRITO AMAR Cep 63145.000 na Cidade de ASSAÍ ←
Estado do CEARA

Declaro sobre as penas da Lei nº 7.115, de 29/08/1983, que os dados
acima são verdadeiros.

E por ser verdade assino a presente declaração.

Crato - ce 05 de MAIO de 2010

João Batista Arrais Silva
Assinatura do Responsável.

88- 92713730
88- 96174242

SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA
INSTITUTO GERAL DE PERÍCIAS
DEPARTAMENTO MÉDICO LEGAL

COMUNICADO

CÓPIA AUTENTICADA
EM PODER DA SEGURADORA

- Tendo em vista o novo regimento estabelecido pelo Ministério Público Estadual/4ª Promotoria dos Direitos Humanos/Núcleo dos Direitos do Cidadão (encaminhado ao DML em anexo ao ofício 4ºPJDDH/3417/2006 datado de 02/10/2006) acerca das orientações aos interessados no Seguro-DPVAT, informamos que o DML-RS não agendará a realização de novas "perícias-DPVAT".
- Reproduzimos abaixo alguns trechos da cartilha referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO PARA DANOS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT elaborada pelo Ministério Público Estadual/4ª Promotoria dos Direitos Humanos/Núcleo dos Direitos do Cidadão:
- Fls. 6 e 7 - "4. PROCEDIMENTOS E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OBTER A INDENIZAÇÃO:
... Indenização por invalidez permanente: a) de acordo com o art. 5º da Lei Federal nº 6.194/1974 'o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado'. Assim, basta a apresentação do boletim de atendimento hospitalar, com relatório de internamento ou tratamento que comprovem o dano decorrente do acidente, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária mediante pedido do interessado, verbal ou escrito; e b) registro de ocorrência expedido pela autoridade policial competente, com descrição do acidente ocorrido."
 - Fl. 8 - "5. HAVENDO NEGATIVA DE PAGAMENTO PELA SEGURADORA: ... OBS.: Quanto à indenização por invalidez permanente, de acordo com a jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, 'tratando-se do seguro DPVAT é de todo desnecessária a realização de prova pericial para aferir o grau de incapacitação ou invalidez suportada pela vítima do acidente de trânsito'".
 - Fl. 9 - "Ainda, quanto à invalidez permanente, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul pacificou o entendimento de que a indenização está condicionada à simples prova do acidente e do dano decorrente, ou seja, para receber o seguro basta a comprovação do sinistro e as lesões corporais dele resultantes."
 - Fl. 9 - "Se já passou muito tempo do acidente, deverá o interessado encaminhar o pedido de indenização por intermédio do Poder Judiciário para que seja melhor fiscalizado o nexo causal, isto é, se as lesões são ou não decorrentes do acidente de trânsito. Neste caso, ele necessitará da prova do atendimento médico por meio do prontuário médico e comprovante das despesas, que teoricamente seriam suficientes. Se a seguradora entender que tais documentos não são suficientes, não é o DML que fará o exame complementar. Deverá o interessado requerer judicialmente o pagamento do seguro e se o Juiz achar necessário nomeará um perito que irá apurar o nexo causal e quantificar a lesão."
- Informamos que as perícias já agendadas serão realizadas dentro da sistemática vigente.

Porto Alegre, 01 de novembro de 2006.


MÁRIO SÉRGIO BORGES DA COSTA

Perito Médico Legista - Chefe da Seção de Perícias Oficiais do DML


MARCOS ROVINSKI

Perito Médico Legista - Diretor do DML

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

Nº DO SINISTRO: 2010/ 149 009

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOAO BATISTA ARRAIS SILVA
PORTADOR / A DO RG Nº 148504488 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 05/10/91 E
CPF 33.084.955-3 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO
AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R\$ 510,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOAO BATISTA
ARRAIS SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 10200 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE 11793-5

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CRAIO DATA 05/05/2010

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A JOAO BATISTA ARRAIS SILVA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Agemiro Dias de Oliveira

MICROEMPRESA

CGF 06.284.497-0 -- CNPJ 03.268.884/0001 58

Rua Tertuliano Catonho, 17 -- Centro

ASSARÉ - CEARÁ -- CEP 63.140-000

Nota Fiscal de Venda ao Consumidor

SÉRIE D

MOD. 2 Nº 545

Data da

Emissão: 05.02.2010

SR FRANCILUCIA ALVES SILVA BRITO

QUANT.	DISCRIMINAÇÃO DAS MERCADORIAS	PCO. UNIT.	TOTAL
01	Guibon Original	75,00	75,00
01	Superior Fato	32,00	32,00
02	Bergada	50,00	100,00
01	mesa inferior Guibon	130,00	130,00
01	Bloco VHS orig.	40,00	40,00
01	mesa superior	80,00	80,00
01	paralama	55,00	55,00
	PLACA: NYN 6802/VERM.		

o Pap. do Cariri - Rua Dr. João Pessoa, 386 A - Crato-Ceará

CGF 06.992.690-2 -- CNPJ 05.356.888/0002-41 -- Inscrição Municipal 45.0247

R\$ 512,00

04 Bls. 50x2 - 351 a 550 - AIDF 58851/2008 - 13-11-2008 - Val. até 13-11-2011

Argemiro Dias de Oliveira

Nota Fiscal de Venda ao Consumidor

MICROEMPRESA

SÉRIE D

CGF 06.284.497-0 -- CNPJ 03.268.884/0001-58

MOD. 2

Nº

545

Rua Tertuliano Catonho, 17 -- Centro

Data da

ASSARE - CEARA -- CEP 63.140-000

Emissão: 05.02.2010

SR/ FRANCILUCIA ALVES SILVA Brito

QUANT.	DISCRIMINAÇÃO DAS MERCADORIAS	PCO. UNIT.	TOTAL
01	Guirlandas Original	75,00	75,00
01	Suprimento Faltas	32,00	32,00
02	Bergamota	50,00	100,00
01	Massa Inferior Guir.	130,00	130,00
01	Bloco de Plástico Orig.	40,00	40,00
01	Massa Superior	80,00	80,00
01	Paralâmina	55,00	55,00
	PLACA: N° 6802/VEM.		

Tip. e Pap. do Carimbo - Rua Dr. João Pessoa, 386 A - Crato-Ceará

CGF 06.982.090-2 -- CNPJ 05.356.888/0002-41 -- Inscrição Municipal 45.0247

R\$ 512,00

04 Bts. 50x2 - 351 a 550 - AIDF 58851/2008 - 13-11-2008 - Val. até 13-11-2011

PROVINCÍAS MECÂNICAS
EM PLACAO AO AUTOMATE

Estado do Ceará.

Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social.

19ª Delegacia Regional de Polícia de Crato-Ce.



C E R T I D ã O

O Bel. BASILEU RODRIGUES ALVES SABÓIA, Escrivão de Polícia da SSPDS/CE, com exercício na Delegacia Regional de Polícia de Crato, por nomeação legal e, no uso de suas atribuições, etc; CERTIFICA a requerimento verbal da parte interessada que nas cidades de: CRATO, FARIAS BRITO, NOVA OLÍMPIA, SANTANA DO CARIRI, POTENGI, SALITRE, CAMPOS SALES, ASSARÉ, TARRAFAS e ARARIPE, não existe IML, o qual, só existe na cidade de JUAZEIRO DO NORTE e atende a todas as outras cidades já referidas acima. O referido é verdade e dou fé. Cartório da Delegacia Regional de Polícia de Crato-CE, aos 09 de abril de 2010.

Bel. *Basileu Rodrigues Alves Sabóia*
Escrivão de Polícia.

Mat. 12.364-1-5-SSPDS/CE.



Cartório Maria Júlia
4º Ofício

Certifico Ser Autêntica a Presente Fotocópia

Dou fe Crato-CE 30/04/2010

☐ Francisca Silva Titular
CPF 015.3 273-87

☒ Maria Rodrigues da Silva Substituta
CPF 714.095.563-8

☐ Francimary Silva de Figueiredo Souto
CPF 485 731 753-20 ESC COMI

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: JOÃO BATISTA ARRAS SILVA

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 01/02/2010

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRANSTORNO
CRÂNIO; EXAM: TOMOGRAFIA CRÂNIO; HEMATOMAS
CRÂNIO; SUBMARTO A NEUROCISSIA

SEQUELA(S) QUE A VÍTIMA APRESENTA ATUALMENTE EM VIRTUDE DO ACIDENTE:

- FRATURA NO CRÂNIO
- CONTUSÃO CRÂNIO
- TRANSTORNO DE CONSCIENTAMENTO

DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA: 05/05/10

CRATO

05/05 de 2010

Dr. Edson de Lima Lopes
Neurocirurgião
CRM: 9412 - CBO: 723140
CBO: 20432320140018

Assinatura e Carimbo do Médico

INTERNAÇÃO NUMERO: 75628

01/02/2010 16:15

Paciente: JOAO BATISTA ARRAIS SILVA
Respons.: ANTONIA ARRAIS SILVA

|Sexo...: M
|Idade...: 49a 0m

Endereço: RUA PINTO MADEIRO AMARO S/N

Cep.....: 63140000 Cidade: ASSARE

Telefone: 9940-6862

Bairro: CENTRO
Profissao: AGRICULTOR

Afiliação: TEREZINHA MARIA ARRAIS
FRANCISCO ITAMAR LIBERAL ARRAIS

PF.....: Nasc.....: 15/01/1961 N.RG....: 148504488

Natural.: ASSARE

Titular...: Cor.....: P

Religião: CATOLICA

Est.Civil: CASADO Atendente: SAMUEL

Médico...: EDSON DE LIMA LOPES

Clínica...: INTERN. CLINICA

Setor...: SEMI-INTENSIVO ADULTO

Carater...: 02 URGENCIA

Telefone: 9940-6862

|Prontuário: 33590

|Data/Hora...: 01/02/2010 18:14

|Convênio...: SUS INTE

|Qto/Leito...: UA-005

|Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

IDA:

AS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAÇÕES PREVIAS:

EXAME FISICO:

SINAIS VITAIS:

PA = FP = FR = TA =

CV:

VR:

ABDOMEN:

NEUROLÓGICO: 1 + 2 + 4 + 7

ECG: AO = RV = RM =

PUPILOS:

DIAGNOSTICO

CONDUTA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 7/5

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO ENF/APTO

TRANSF. P/ MEDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

MEDICO(a): 009412 EDSON DE LIMA LOPES

PACIENTE / RESPONSÁVEL

INSCRIÇÃO

MÉDICO	CLÍNICA	ENFERMARIA
Dr. Edson	Méica	444-1
PACIENTE	LEITO	PRONTUÁRIO
José Batista		33.590

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
01-03-76	# TCE	Dito Ezequiel		Exame de ECG	
	Paciente Híperlipídico	(1) SF 09. 1.500ml IV 24h Dia 13	2'	hipertensão, normotensão	
	admissão de morte + 3m	(3) SGLS: 1000ml IV 24h 17' e 18'		insuficiência cardíaca	
	pneumonia. Sinal de rales	(4) Hidratação 2ml + SF Sol IV 8/8h	08/08/76	mecanismo de enfarte	
	intake com estenose	(5) Mantido 2 Sol IV 1h	08	prescrição	
	significa, rotando sigil.	(6) Mantido 60ml IV 6/6h			
	gravel.	(7) XE 60ml + 4D IV 6/6h	08		
		(8) Plavix + 4D IV 8/8h			
		(9) Ilexon (Ceftriaxona)			
	Sólido coarctado	(10) SSIV + CCGG			
	Hipertensão				
	HA 120/80				
	obrigou 8/15	(S + 2ml)			
	plano	normais			
	HA	S-2			
	HA				

AV. PAULO MAURICIO, S/N
FONE: (0xx68) 3532.7700- BARBALHA-CE

MÉDICO	CTI	CLÍNICA
PACIENTES	LEITO	PROMITÁRIO
2000	201	
2000	201	

[illegible]

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
 AV. PAULO MAURICIO, S/N
 FONE: (0xx65) 3532.7700 - BARBALHA-CE

MÉDICO	CTI	CLÍNICA
PACIENTES	LEITO	PRONTUÁRIO
Dr. B. H. S. S.	01	

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
01/05/80	1) Soro Sal. Ringer 500ml	OK	10:35 - elixir em 6	
	2) Si - 0,01 - 300ml	OK	grave, aft + v.m. no p. o	
	3) Dic a 500 - 200ml	OK	de hematoma, meg	
	4) Dic a 500 - 30ml	OK	afetado e, o ligam +	
	5) Hidralazina 100 mg 2x/dia	OK	relat. usom + SVD.	
	6) Hidralazina 100 mg 2x/dia	OK	hipertensão - telad	
	7) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	11:30 - Paracetamol 500mg	
	8) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	9) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	10) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	11) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	12) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	13) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	14) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	15) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	16) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	17) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	18) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	19) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	
	20) Dexametasona 10 mg 2x/dia	OK	14:00 - Dexametasona 10 mg	

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
 AV. PAULO MAURICIO, S/N
 FONE: (0xx85) 3532.7700 - BARBALHA-CE

MÉDICO	CTI	CLÍNICA
PACIENTES	LEITO	PRONTUÁRIO
Dr. Antonio	03	

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
05/02/11	1 - Alergia S.V.G. 300ml/4h	10:30	relatório com 66	
2 - STG	1000ml	09	comprimido, amarelado	
3 - STG	3000ml	12.15.18	500g febre, 8.0. limpo	
4 - STG	400ml	21.24.03	com febre em ruído	
5 - STG	16.20.8/8	09/17.01	na 9:30 foi extubado	
6 - STG	600ml/6h	09/17.01	intubado e por ventilação	
7 - STG	400ml/4h	09/17.01	hidrat + S.V.G.	
8 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
9 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
10 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
11 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
12 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
13 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
14 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
15 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
16 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
17 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
18 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
19 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
20 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
21 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
22 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
23 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
24 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
25 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
26 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
27 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
28 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
29 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	
30 - STG	400ml/4h	09/17.01	respiração normal, ruído	

H.M.S.A.
 Dr. Antonio
 Dr. Antonio

RELATÓRIO MÉDICO E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
 AV. PAULO MAURÍCIO, S/N - BARBALHA-CE
 FONE: (88) 3532.7700 - FAX: (88) 3532.7719

MÉDICO	CLÍNICA	ENFERMARIA
Dr. E. A. A. A.	CU	777
PACIENTE	LEITO	PRONTUÁRIO
Doa. Valéria	07	33530

RELATÓRIO MÉDICO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
05/02/90	# TCE	3 Dieta Grande		08 ^h 30 ^{min} cliente - estado geral	
	paciente apresenta quadro clínico malgrado, evoluindo sobre o dor	3 Dieta Grande + 40 EV 800 ml		atend. 100% positivo	
	de 1º quadrante e inferior - 3 Posil 30ml + 40 EV 800 ml + 40ml			medicação sobre 100%	
	crônicas	revisão		medicação	
		1) Aspirina 1g EV 800 ml	16 ^h 24	Tramadol sobre 100%	
		2) Clindamicina 600mg EV 800 ml	16 ^h 24	contínuo, medicado	
		3) Hidralazil 20mg VO 800 ml	16 ^h 24	med. contínuo	
		4) SSV + Cite		dieta por 800	
		5) Polvo Sando Verical			
				pac. após cirurgia	
				além de operatório	
				medicação + estado	
				Evolution	
				home	

MÉDICO	CTI	CLÍNICA
PACIENTES	LEITO	PRONTUÁRIO
Dr. Antônio Carlos	1	

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
02/07	1) Pilsca 500		12:30h 14:30h no 1º e 2º andar	
03/07	3.00 ml 4x24h		injeção subcutânea, 10ml	
04/07	2) S.F. 0.9% - 3.000 ml	09/14 09/14 09/14 09/14	a quantidade de 10ml para	
	1x24h 19.14. 30 ml		injeção de 10ml 50% 10ml	
	3) Ceftriaxona 1g	09/14 09/14 09/14	injeção de 10ml 50% 10ml	
	1x24h 19.14. 30 ml		injeção de 10ml 50% 10ml	
	4) Clorfeniramina 600 mg	09/14 09/14 09/14	injeção de 10ml 50% 10ml	
	1x24h 19.14. 30 ml		injeção de 10ml 50% 10ml	
	5) Mucosa 500%		injeção de 10ml 50% 10ml	
	1x24h 19.14. 30 ml		injeção de 10ml 50% 10ml	
	6) Pilsca 500	13/14 09/14	injeção de 10ml 50% 10ml	
	1x24h 19.14. 30 ml		injeção de 10ml 50% 10ml	
	7) Pilsca 500	13/14 09/14	injeção de 10ml 50% 10ml	
	1x24h 19.14. 30 ml		injeção de 10ml 50% 10ml	
	8) Pilsca 500	13/14 09/14	injeção de 10ml 50% 10ml	
	1x24h 19.14. 30 ml		injeção de 10ml 50% 10ml	
	9) Pilsca 500	13/14 09/14	injeção de 10ml 50% 10ml	
	1x24h 19.14. 30 ml		injeção de 10ml 50% 10ml	

H.M.S.A.

CTI

RELATÓRIO MÉDICO E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Outro Op. - 5523.1004

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
 AV. PAULO MAURÍCIO, S/N - BARBALHA-CE
 FONE: (88) 3532.7700 - FAX: (88) 3532.7719

MÉDICO	CLÍNICA	ENFERMARIA
PACIENTE	LEITO	PRONTUÁRIO
Dr. Edgar	111-1	33.590

RELATÓRIO MÉDICO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
10/02/81	1ª e 2ª de HIDA - 100 ml	1) Dieta na Alimentação		13:00 Caliente foi trazido	
	3ª e 4ª de HIDA - 100 ml	2) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	14:00	Pré-Enfermagem, 13:00	
	5ª e 6ª de HIDA - 100 ml	3) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	7ª e 8ª de HIDA - 100 ml	4) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	9ª e 10ª de HIDA - 100 ml	5) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	11ª e 12ª de HIDA - 100 ml	6) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	13ª e 14ª de HIDA - 100 ml	7) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	15ª e 16ª de HIDA - 100 ml	8) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	17ª e 18ª de HIDA - 100 ml	9) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	19ª e 20ª de HIDA - 100 ml	10) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	21ª e 22ª de HIDA - 100 ml	11) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	23ª e 24ª de HIDA - 100 ml	12) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	25ª e 26ª de HIDA - 100 ml	13) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	27ª e 28ª de HIDA - 100 ml	14) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	29ª e 30ª de HIDA - 100 ml	15) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	31ª e 32ª de HIDA - 100 ml	16) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	33ª e 34ª de HIDA - 100 ml	17) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	35ª e 36ª de HIDA - 100 ml	18) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	37ª e 38ª de HIDA - 100 ml	19) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	39ª e 40ª de HIDA - 100 ml	20) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	41ª e 42ª de HIDA - 100 ml	21) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	43ª e 44ª de HIDA - 100 ml	22) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	45ª e 46ª de HIDA - 100 ml	23) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	47ª e 48ª de HIDA - 100 ml	24) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	49ª e 50ª de HIDA - 100 ml	25) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	51ª e 52ª de HIDA - 100 ml	26) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	53ª e 54ª de HIDA - 100 ml	27) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	55ª e 56ª de HIDA - 100 ml	28) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	57ª e 58ª de HIDA - 100 ml	29) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	59ª e 60ª de HIDA - 100 ml	30) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	61ª e 62ª de HIDA - 100 ml	31) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	63ª e 64ª de HIDA - 100 ml	32) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	65ª e 66ª de HIDA - 100 ml	33) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	67ª e 68ª de HIDA - 100 ml	34) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	69ª e 70ª de HIDA - 100 ml	35) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	71ª e 72ª de HIDA - 100 ml	36) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	73ª e 74ª de HIDA - 100 ml	37) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	75ª e 76ª de HIDA - 100 ml	38) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	77ª e 78ª de HIDA - 100 ml	39) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	79ª e 80ª de HIDA - 100 ml	40) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	81ª e 82ª de HIDA - 100 ml	41) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	83ª e 84ª de HIDA - 100 ml	42) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	85ª e 86ª de HIDA - 100 ml	43) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	87ª e 88ª de HIDA - 100 ml	44) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	89ª e 90ª de HIDA - 100 ml	45) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	91ª e 92ª de HIDA - 100 ml	46) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	93ª e 94ª de HIDA - 100 ml	47) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	95ª e 96ª de HIDA - 100 ml	48) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	97ª e 98ª de HIDA - 100 ml	49) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	
	99ª e 100ª de HIDA - 100 ml	50) Soro de 0,9% NaCl - 500 ml	17:00	Pré-Enfermagem, 17:00	

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
 AV. PAULO MAURÍCIO, S/N - BARBALHA-CE
 FONE: (88) 3532.7700 - FAX: (88) 3532.7719

MÉDICO	CLÍNICA	ENFERMARIA
DR = S. S. S. S.	CL	777
PACIENTE	LEITO	PRONTUÁRIO
Paula Batista	01	33580

RELATÓRIO MÉDICO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
08.11.11					
10.11.11					
11.11.11					
12.11.11					
13.11.11					
14.11.11					
15.11.11					
16.11.11					
17.11.11					
18.11.11					
19.11.11					
20.11.11					
21.11.11					
22.11.11					
23.11.11					
24.11.11					
25.11.11					
26.11.11					
27.11.11					
28.11.11					
29.11.11					
30.11.11					
01.12.11					
02.12.11					
03.12.11					
04.12.11					
05.12.11					
06.12.11					
07.12.11					
08.12.11					
09.12.11					
10.12.11					
11.12.11					
12.12.11					
13.12.11					
14.12.11					
15.12.11					
16.12.11					
17.12.11					
18.12.11					
19.12.11					
20.12.11					
21.12.11					
22.12.11					
23.12.11					
24.12.11					
25.12.11					
26.12.11					
27.12.11					
28.12.11					
29.12.11					
30.12.11					
31.12.11					

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
 AV. PAULO MAURÍCIO, S/N - BARBALHA-CE.
 FONE: (88) 3532.7700 - FAX: (88) 3532.7719

MÉDICO	CLÍNICA	ENFERMARIA
Dr. César	CN	211
PACIENTE	LEITO	PRONTUÁRIO
João Batista	19	

RELATÓRIO MÉDICO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
4/02/10	# TCE	1) Dieta Branda			
	Não apresenta alterações	2) Líquidos 1000 ml EV 8h, 5h, 2h		paciente segue conforme	
	sem sinais clínicos	3) Posol 1000 ml EV 8h, 5h, 2h		apresenta, eufórico, hidratado	
	Evadui sem alterações	4) Cetiridina 10 mg EV 8h, 5h, 2h		todo, moderado conforto	
	sem intercorrências	5) Clindamicina 600 mg EV 8h, 5h, 2h		paciente em	
		6) Hidralazina 10 mg EV 8h, 5h, 2h		11/02/10 11/02/10	
		7) SIV + CCGs		paciente em	
		8) Reforço Sonda Vascular		paciente em	
		9) Discrepança along no se alterações		paciente em	
		psicomotricidade		paciente em	

MÉDICO	CLÍNICA	ENFERMARIA
Dr. Wilson	CL	111
PACIENTE	LEITO	PRONTUÁRIO
For. Brito	CL	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
24/02/200	# TCE	1) Dieta Normal		paciente sem sintomas	
	Não apresenta alterações na sua quadro clínico	2) Nifedipina 30mg + AD EV 4x/dia se dor ou p/br		apresenta sintomas: insônia	
		3) Nifedipina 30mg + AD EV 4x/dia se dor ou p/br		baixo nível de consciência	
		4) Celebrex 200 mg EV 8/8h	2x/dia	insuportável	
		5) Clindamicina 600mg EV 8/8h	2x/dia	paciente com sintomas	
		6) Hidralazina 40mg VC 8/8h	2x/dia	paciente com sintomas	
		7) Diazepam 5mg VC 12/12h	2x/dia	paciente com sintomas	
		8) Fentanyl 25mg VC 1x/dia	2x/dia	paciente com sintomas	
		9) SSN + CCGG		paciente com sintomas	

MÉDICO	CLÍNICA	ENFERMARIA
<i>Diédora</i>	<i>CD</i>	<i>411</i>
PACIENTE	LEITO	PRONTUÁRIO
<i>Paula Batista</i>	<i>01</i>	<i>38590</i>

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ENFERMAGEM	RUB.
B	# TCE	(3) Dieta Grande	13-2-10	Taquicardia ligeira	Vegetariano
9	Quadrado Estável	(2) SE 0.9% 150mg EV 2x/dia	06'14	Eritema alérgico	Vegetariano
10	Evolui com excitação	Adicionar 4mg de 50% a cada fase		Indigestão, vômitos	Viticos
	psicomotora. Autônomo de	(3) Dipirone 1mg + AD 6/8h	SU EV 06	De internação	Vegetariano
	cultas queixas em intercorrências.	(4) Plasil 1mg + AD 6/8h	SU EV		Vegetariano
		(5) Hidantal 200mg VO 8/8h	8-15-10	Emagrecimento	Vegetariano
		(6) Fenoveral 1mg + AD 5x/dia	medica	vômitos TC de controle	Vegetariano
		(7) Halotel 5mg + AD 7x/dia	8-16-10		Vegetariano
				nao aceita medicação a	
				Taxel EV - - -	
					padrões

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
AV. PAULO MAURÍCIO, S/N - BARBALHA-CE
FONE: (88) 3532.7700 - FAX: (88) 3532.7719

MEDICO	CLÍNICA	ENFERMARIA
PACIENTE	LEITO	PRONTUÁRIO

RELATÓRIO MÉDICO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

[illegible]

HOSPITAL SANTO ANTONIO - Barbalha - CE

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso

NOME DO PACIENTE

DIAGNOSTICO

OPERACAO

61 MATERIAL DE SALA

TIPO Q V.U. VT

N. DA A.I.H.

Reg.

CODIGO CID

Conversão Categoria Detalhes

CODIGO S.S.M.

CIRURGIA

1 Pac. 2 Med. 3 Grande 4 Simul. 5 Mut. 6 Especial 7 Prim. 8 Secundária

Início Término

Duração

Dia Mês Ano Dia Util

Medicamentos de Sala

TPO Q V.U. VT

ANESTESIA

Genel Local Outros

Início Término

Hor. Minuto Hora Minuto

Em minutos (Acresc. Para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis (preencher)

ANESTESIA

Minutos tot. Minutos de Anest.

Oxigênio

Início Horas Tér. Horas Total de Horas

Ass. de Enfermagem

Ass. de Cirurgia

Ass. de Anestesia

DECLARAÇÃO

Circular SUSEP n.º 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A CIRCULAR SUSEP(1) N.º 380/08 QUE TRATA DA PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO NO MERCADO SEGURADOR, DETERMINA QUE TODAS AS PESSOAS ENVOLVIDAS NO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO. ESTE CADASTRO DEVE CONTER, ALÉM OS DOCUMENTOS DA IDENTIFICAÇÃO PESSOAL, INFORMAÇÕES ACERCA DA PROFISSÃO E DA FAIXA DE RENDA DE RENDA MENSAL ALÉM DA RESPECTIVA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA.

A RECUSA EM FORNECER AS INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS REQUISITADOS NESTE FORMULÁRIO NÃO IMPEDE O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, CONTUDO, POR DETERMINAÇÃO DA REFERIDA CIRCULAR, ESTA RECUSA É PASSÍVEL DE COMUNICAÇÃO AO COAF(2).

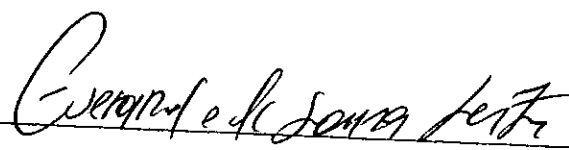
(1)-Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

(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 .º 9.613/98.

Pelo exposto, eu **EVERARDO DE SOUSA LEITE** portador do RG : n.º **1130536-86**, expedido por SSP-CE em **24/08/2007**, CPF/CNPJ **346.395.783-34**, na qualidade de intermediário do beneficiário(a) **JOAO BATISTA ARRAIS SILVA** do sinistro de **INVÁLIDez** DPVAT da natureza da vítima **JOAO BATISTA ARRAIS SILVA**, e conforme determinação da Circular SUSEP 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **ATUADOR** Renda Mensal: R\$ **1500,00**

Documentos comprobatórios: _____



ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos

INVALIDEZ PERMANENTESeguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

www.seguradoralider.com.br

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 01/02/10

Vítima SOAC BATISTA ARRAIS SILVA

CPF 330 849 553-87

Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome O MESMO

☒ Vítima ☐ Representante Legal

Endereço para Correspondência

nº Complemento Bairro

Cidade UF CEP Telefone para contato

Preencha com ☒ para documentação entreguePreencha com ☐ para documentação faltante**TIPO DE DOCUMENTO****DOCUMENTOS BÁSICOS**

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☐ CPF da vítima
- ☐ Comprovante de residência da vítima
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma
- ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF
- ☐ Comprovante de residência

ATENÇÃOO prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☒ Documentação recebida sem conferência

18 MAI 2010

Data

Nome

Identidade

SUJEITO A CONFERÊNCIA

Assinatura