



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARIA VIKAELLY BEZERRA CAETANOPORTADOR(A) DO RG Nº 2015048697-3 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 01/07/2015CPF 048894353-10 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA VIKAELLY BEZERRA CAETANO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0031 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.29636-9

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

FORTALEZA, 03 de FEVEREIRO de 2017

LOCAL E DATA

Maria Vikelly B. Caetano
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG IMACULADA CONCEICAO
DATA: 08/01/2017 HORA: 17:24:10
TERMINAL: 46901004 CONTROLE: 469010040215

AGÊNCIA: 0031 - IRACEMA
CONTA: 013.00029636-9
CLIENTE: MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA,
 RG nº 2004009098791, data de expedição 05/05/2004,
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 023.448.893.80, com
 domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARÁ, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
MENINO JESUS DE PRAGA, nº 435,
 complemento CS-A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima MARIA VIRAEILLY BEZERRA CAETANO cujo o condutor era
FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA.

Veículo: MOTOCICLOModelo: YAMAHAAno: 2011Placa: OCI 4121Chassi: 9C6KE1520B0038174Data do Acidente: 23/08/2016Local e Data: FORTALEZA, 03 DE FEVEREIRO 2017

Francisco Wesley Nascimento de Moura
 Assinatura do Declarante

Francisco Wesley Nascimento de Moura
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR IJE 2004009098791 SSP CE
	CPF 023.448.393-80
	DATA NASCIMENTO 16/02/1990
PRIMAÇÃO ANTONIO NOGUEIRA DE MOURA CARMELITA NASCIMENTO DE MOURA	
PERMISSÃO 0000000000	ACC 00000000
CAS. HAB. 0	
Nº REGISTRO 04603951212	VALIDADE 04/04/2019
1ª HABILITAÇÃO 30/03/2009	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
<i>Francisco Wesley N. de Moura.</i>	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 10/04/2014
<i>Francisco Wesley N. de Moura</i>	
16677641088	
CE141257369	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - CE Nº 012458936808	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA -	COD RENAVAM	RATRC	EXERCÍCIO
PPT 01	00324902815	00000000000	2016
NOME			
FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE M			
FORTALEZA /CE			
CPF / CNPJ	PLACA		
02344839380	0017121/CE		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
/CE	90SKKE1520B00038174		
COMBUSTÍVEL			
PAS/MOTOCICLO/NAP APLIC		ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/FACTOR YBR125 K		2011	2011
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR DOMINANTE	
2P/0CV/1124CC	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
I ****	**/**	1****	
P ****	**/**	2****	
V ****	PARCELAMENTO / COTAS	3****	
A ****	**/**		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	
OBSERVAÇÕES			
LOCAL			
FORTALEZA			
DATA			
04/04/2016			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012458936808 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 04/04/2016

VIA 01 02344839380 CPF / CNPJ 0017121

RENAVAM 00324902816 MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125

ANO FAB 2011 QDE IRRF 09 Nº CHASSI 9E6KE1520B0038174

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 129,04 PENALTRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL SEM IPI DO SEGURO DPVAT 292,01

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 01/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

MOTOR: E369E-038175

00518

MOV 1/2015

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO,

RG nº 2015048697-3, data de expedição 01 / 07 / 2015 Órgão SSP/CE,

CPF nº 048.894.353-10, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MEDINO JESUS DE PRAGA</u>
Número	<u>435</u>
Apto / Complemento	<u>CASA - A</u>
Bairro	<u>JOÃO XXIII</u>
Cidade	<u>FORTALEZA</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>60.520 - 600</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FORTALEZA, 03 DE FEVEREIRO DE 2017.

Assinatura do Declarante: Maria Nikaelly B. Caetano

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0004009098791 DATA DE EXPEDIÇÃO 5/5/2004

NOME FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA

FILIAÇÃO ANTONIO NOGUEIRA DE MOURA E CARMELO MELITA NASCIMENTO DE MOURA

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 16/2/1990

DOC. ORIGIN. CERT. NASC. 107322 L A91 F

47 2A ZONA FORT CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

023 448.393-80

Nome FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA

Nascimento 16/02/1990

Cartão de uso pessoal e intransferível Deve ser apresentado junto com um documento de identificação

Emissão 01/03/2004

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA

DATA DE NASCIMENTO 16/02/1990

INSCRIÇÃO 06995871079

ZONA 117

SEÇÃO 22

MUNICÍPIO / UF FORTALEZA/CE

DATA DE EMISSÃO 28/04/2006

JULG. ELEITORAL

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

Nº DO CLIENTE

6501521-5

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Coelco
agora é enel

fls. 156

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 455863958

Rota 19 01240 39 133000 - 3 Data de Emissão 28/11/2016

Nome FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA

End. Postal RU MENINO JESUS DE PRAGA 00435 CS A

JOAO XXIII - FORTALEZA - 60520600

Medidor 2056603

Poste 0000-0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 023448393-80

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2016	28/11/2016	29/12/2016

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
66,38	27,00%	17,92

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DA77.5973.7605.B67E.FB2B.A192.90A5.4004

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
FIC	Set/2016	5,07	10,15	20,30	0,22	0,22	0,00
	DIC/16	3,11	6,22	12,45	1,00	1,00	0,00
	DMIC	2,86			0,22		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1253	1162	1,00	91	0,00	91	0,72947	66,38
28/11/16	28/10/16		31 DIAS		91		66,38

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	66,38
MULTA MORATORIA REF 10/2016	1,12
JUROS DO MES	0,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	4,41
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,83)	

VENCIMENTO 05/12/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

71,95

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	28,74
Transmissão	0,71
Distribuição	10,01
Encargos Setoriais	5,03
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	21,89
TOTAL	66,38

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
72	91	78	95	72	73	71	68	76	83	64	38	64			

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
Emitido kg (CO ₂)	39,33	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 0,97 referente a PIS e COFINS.

Anexo 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis nº 10.637/02 e 10.638/03

A bandeira para o mês de novembro é amarela, com custo de R\$ 1,50 a cada 100 kWh (quilowatt-hora) consumidos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 6501521-5

Referência: Nov/2016

Data de Emissão: 28/11/2016

Total a Pagar (R\$): 71,95

Nº da Nota Fiscal: 455863958

Nº de Controle: 0006501521 00023 39232 25

83870000000-1 71950031000-4 00065015210-7 00233923238-9



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015048697 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2015

NOME MARIA NIKAEALLY BEZERRA CAETANO

FILIAÇÃO JOSE WILDO CAETANO

ANA CLEBIA BEZERRA DE MOURA CAETANO

NATURALIDADE SÃO PAULO - SP DATA DE NASCIMENTO 20/04/1993

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:42 SUBDISTRITO TERMO:146.984

FOLHA:244 LIVRO:A 246 SÃO PAULO - SP

CPF 048.894.353-10

1 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 98

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

fil. 157

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 048.894.353-10

Nome MARIA NIKAEALLY BEZERRA CAETANO

Nascimento 20/04/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE 98B1.DAA3.1C49.6B89

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:42:48 do dia 10/09/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR MARIA NIKAEALLY BEZERRA CAETANO

DATA DE NASCIMENTO 20/04/1993 Nº INSCRIÇÃO 0768 4562 0710 ZONA 114 SEÇÃO 0085

MUNICÍPIO / UF FORTALEZA/CE DATA DE EMISSÃO 24/08/2009

JULG. ELEITORAL

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Polícia Militar do Ceará PMCE
Batalhão de Policiamento Rodoviária Estadual

DECLARAÇÃO

Declaro que o veículo abaixo discriminado envolveu-se em um acidente de trânsito, no dia 23 de 18 de 10, na Rodovia CE 401, Km 02, no município de Fortaleza, por volta de 13:40 horas.

O proprietário ou o condutor do veículo, caso necessite da Certidão do acidente, deverá comparecer à sede da Polícia Rodoviária Estadual, munido de fotocópias da habilitação (proprietário ou condutor) e do CRLV (Documento do Veículo). A certidão será solicitada e fornecida no horário de 08:00 às 11:30 e de 13:30 às 16:00 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. O recebimento da Certidão será de 07 (sete) a 10 (dez) dias úteis, após a data da solicitação feita na sede da PRE. Obs.: Somente poderá dar entrada e receber a CERTIDÃO o condutor ou proprietário e no impedimento destes, terceiros, através de PROCURAÇÃO.

CONDUTOR	Fco Wesley Naximiro de Maura	
MARCA	MODELO DO VEÍCULO	PLACA - UF - CE
yamaha	Factor 4BR 125	OCI 7221 - CE

Cavalcante - ST

Comandante da Guarnição

MF.: 065444-1-0 PMCE

2097.

End: Aristóbulo Quevedo Nº. 195, Maraponga - Fortaleza - CE.

TEL: 85-8707-7024



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Segurança Pública
e Defesa Social
Polícia Militar do Ceará

Confere em: 27/10/2016.

P.O.
Chefe / Emissão de Certidão.

MICHEL BEZERRA DE ALBUQUERQUE
CAPITÃO Q.O.P.M.
123456789

CERTIDÃO Nº. 814/2016.

O Ten. Cel. PM Francisco **CARLOS** de Lima, Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual, no uso de suas atribuições legais, CERTIFICA, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito – **BOAT**, sob nº **9794-15**, acerca de acidente ocorrido na RV CE 401, Km 02 no Município de Fortaleza/CE, no dia 23/08/2016, às 13h40min, no seguinte teor:

Natureza do Acidente	OUTROS
Veículo e Condutor V1	YAMAHA/FACTOR de placas OCI 7121-CE conduzido por Francisco Wesley Nascimento de Moura, nascido em 16/02/1990, prontuário nº 04603951212-CE, categoria "A", residente à Rua Menino Jesus de Braga, nº 435, Bairro: João XXIII, Fortaleza/CE. Proprietário: O próprio condutor. Veículo entregue: Francisco Jean Gomes Nogueira.
DESCRIÇÃO: Atendeu a ocorrência o ST PM Francisco de Jesus Rodrigues CAVALCANTE, MF: 065414-1-0, de serviço na VT 2036, do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual, informando que ao chegar ao local do acidente constatou as seguintes condições: tempo bom, via seca, pavimentada com asfalto, sinalização horizontal (pintada), sem acostamento e boa iluminação. Ao chegar ao local o veículo se encontrava de pé no acostamento da rodovia. As vítimas tinham ferimentos leves. O condutor estava impossibilitado de redigir declaração. Socorridos para a Unimed. Compareceu ao local o perito Vieira, perícia 7001. Avarias do V1: para-lama dianteiro, farol, painel, empunhadura e retrovisor esquerdo, carenagem traseira avariados. Vítimas: 01 - Maria Nikaelle Bezerra Caetano, nascida em 20/04/1993, passageira, com ferimentos leves, conduzida para o Hospital da Unimed; 02 - Francisco Wesley Nascimento de Moura, nascido em 16/02/1990, condutor do V1, com ferimentos leves, conduzido ao Hospital São Matheus. E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, ANA VALÉRIA Alves da Silva, 1º SGT PM nº 16371, MF: 108591-1-5, Digitadora, o digitei e assino <i>Ana Valéria</i> conforme original.	

Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual, Fortaleza, 27/10/2016.

P.O.

Francisco **CARLOS** de Lima TEN CEL QOPM
Comandante do Batalhão de Policiamento Rodoviário Estadual
MF. 029.759-1-2

Alexandre
Alexandre Mader Holanda - MAJ QOPM
MAT. Func. 110.917-1-7

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 160

BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 8254 / 2016**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **08/12/2016 08:59:11**Data / Hora da Ocorrência: **23/08/2016 13:40:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 401 KM 02**

Complemento:

Bairro: **SERRINHA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO**Nascimento: **20/04/1993** CPF: **048.894.353-10**RG: **20150486973**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **ANA CLEBIA BEZERRA DE MOURA CAETANO****JOSE NILDO CAETANO**Endereço: **RUA MENINO JESUS DE PRAGA, 435 CASA A**Bairro: **JOAO XXIII**

CEP:

Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98546-9353**Nome: **FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA.**Nascimento: **16/02/1990** CPF: **023.448.393-80**RG: **2004009098791**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **CARMELITA NASCIMENTO DE MOURA.****ANTONIO NOGUEIRA DE MOURA.**Endereço: **RUA MENINO JESUS DE PRAGA, 435**Bairro: **JOAO XXIII**CEP: **60.520-600**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98525-2689****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCI7121** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C6KE1520B0038174** Renavam: **324902816** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCI-7121 E NA GARUPA A VITIMA MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTO TRAVOU VINDO AS VITIMAS CAIR NO ASFALTO, FICANDO LESIONADAS SENDO A VITIMA MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED POR MEIOS PRÓPRIOS E A VITIMA FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA FOI SOCORRIDO POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O UNICLINIC. E NADA MAIS DISSE.//

OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/12/2016 09:16:29

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DAVINANA FERNANDES FRAGA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2018 às 18:48, sob o número 01557121120188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0155712-11.2018.8.06.0001 e código 3B32FC4



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 161

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 8254 / 2016

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X^{to} Wesley Nascimento de Moura

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

X^{to} Michel B. Castano

Eu, MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO, portador da carteira de identidade nº 2015048697-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.894.353-10, residente e domiciliado na MENINO JESUS DE PRAGA, 435, CS-A, Cidade FORTALEZA, Estado CEARA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Nikaeely B. Caetano

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FORTALEZA, 03 DE FEVEREIRO DE 2017

Local e data



HOSPITAL REGIONAL UNIMED
Avenida Visconde do Rio Branco, 4000
Fone: (85) 3277.7000 - CNPJ 05.868.278/0002-80
CEP 60055-172 - São João do Tauape - Fortaleza - CE

8503

RECIBO**R\$** R\$ 0,90Recebemos de Maria Michelly Bezerra Velosoa importância de noventa centavosreferente a copias frontaisFortaleza (CE), 11 de Novembro de 2018

Nome do Paciente ou Responsável

Endereço do Paciente

HRU 642

Urgência: 2ª Via - Secobr: 3ª Via - Bloco
18

 **Empregado Responsável**
Guely Gomes V. da Silva
Resouraria - Mat. 0479

0 865 000132473000 9

20/04/1993
Data de Nascimento

COLETIVA
Acomodação

22/08/2016
Vigência do Plano

31/05/2017
Validade

MARIA N B CAETANO
Nome do Beneficiário

NA04 BÁSICA
Rede de Atendimento

0865 REGULAMENTADO
Alend. Plano

NACIONAL
Abrangência
O BOTICÁRIO
Contratante

01
Via

NAO HA
Cobertura Parcial Temporária

AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
Segmentação Assistencial do Plano

Informações sobre rede, acesse www.centralnacionalunimed.com.br/porta/beneficiario

18984-14875

Disque-ANS 0800 942 00 11

SEM CARÊNCIAS A CUMPRIR
ODONTOLOGIA

RAO DISPONÍVEL

SAC/Informações:
0800 942 00 11

Can. Prod. ANS - 46016111

ANS - nº 33967-9

CNPJ

708001838299428

ESTE CARTÃO É NUMÉRICO, NÃO TEM VALOR E NÃO É VALIDADO



Mãe: ANA CLEBIA BEZERRA DE MOURA CAETANO
Data Nasc.: 20/04/1993 Sexo: Feminino
Carteira: 8650001324730009
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 23 Anos 4 Meses 3 D
Atendimento: 0004 9065
Data Atendimento: 23/08/2016
Profissão:
Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

23/08/2016 19:01

QUEIXA PRINCIPAL

QUEDA DE MOTOCILETA

HDA

PACIENTE CHAMADA DIVERSAS VEZES. NAO RESPONDEU AO CHAMADO. ALGUNS MINUTOS ANTES DE O NOME DA PACIENTE ENTRAR NO SISTEMA O PAI DA MESMA ENTROU NO CONSULTORIO SEM PERMISSÃO E FOI DEVIDAMENTE EXPLICADO QUE A PACIENTE IA SER CHAMADA DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO DO RISCO. INSISTIU EM SER ATENDIDO E FOI RESPONDIDO PARA SAIR DA SALA.

CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

NAO EXAMIDADA

HIPOTESE DIAGNOSTICA

QUEDA DE MOTOCILETA

CID: M255 - DOR ARTICULAR

COMORBIDADES

- ☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

- ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNO

VICTOR MAGALHAES CALLADO

CRM: 10136

Victor Magalhães Callado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.136



Prescrição.: 2550325 Data: 23/08/2016 - 15:33 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M08180
Atendimento: 4919065 - Paciente: MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO
Data Nascimento: Dt Nasc: 20/04/1993 (23a 4m 4d)
Médico.: MARCIO WILKER SOARES CAMPELO - CRM 8180
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: EMERGENCIA 24H - ADULTA Leito.: Cobertura:
Cid.: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

1ª A

Classificação de Risco: URGENTE



PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORAX - P.A. ; Exame: 2045706 Justificativa: PÓLITRAUMA Obs.: PÓLITRAUMA	1					
2 RX BACIA ; Exame: 2045706 Justificativa: PÓLITRAUMA Obs.: PÓLITRAUMA	1					
3 RX PE OU PODODACTILOS ; Exame: 2045705 Justificativa: PE ESQUERDO Obs.: PE ESQUERDO	1					
4 RX BRACO ; Exame: 2045705 Justificativa: PE ESQUERDO Obs.: PE ESQUERDO	1					
5 RX PUNHO: A.P. - LAT. - OBLIQUAS ; Exame: 2045706 Justificativa: BRAÇO ESQUERDO Obs.: BRAÇO ESQUERDO	1					
6 RX ANTEBRACO ; Exame: 2045706 Justificativa: BRAÇO ESQUERDO Obs.: BRAÇO ESQUERDO	1					
7 RX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O. - OBLIQUAS ; Exame: 2045706 Justificativa: POLITRAUMA Obs.: POLITRAUMA	1					
8 ULTRASSOM ABDOMEN TOTAL Exame: 2045707 Justificativa: POLITRAUMA Obs.: POLITRAUMA	1					

CONFERE COM ORIGINAL

MARCIO WILKER SOARES CAMPELO
CRM 8180

HRU - PABX (85)3277-7000 CELOG FONE: (85)3277 7729, FAX: (85)3277 7118



Paciente: 71805839 - MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO
Mãe: ANA GLEBIA BEZERRA DE MOURA CAETANO
Data Nasc.: 20/04/1993 Sexo: Feminino
Carteira: 8650001324730009
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 23 Anos 4 Meses 15 Dias
Atendimento: 000491515
Data Atendimento: 23/08/2016
Profissão:
Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

23/08/2016 15:33

QUEIXA PRINCIPAL

QUEDA DE MOTOCICLETA

HDA

PAC CAIU DE MOTOCICLETA HA 10 KM/H, COM CAPACETE, REFERE TER FICA 1 MIN INCONCIENTE NO LOCAL. REFER DOR EM MIE AO DEAMBULAR.

CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DO EXAME FISICO

A - VIAS AEREAS PERVIAS, SEM DOR CERVICAL
B - MV PRESENTE BILATERAL, ACIANOTICA FR 16
C - FC 80, PA 130/80, BCNF
D- PUPILAS NORMAIS, ECG 15
E- COM ESCORIAÇÃO EM MMSS E II. EDEMA EM PÉ ESQUERDO COM FCC.
CD.: SOL RX, AV TRAUMATOLOGIA E NEUROLOGIA. SOL US ABDOME TOTAL

HIPOTESE DIAGNOSTICA

POLITRAUMA

CID: Z480 - CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS

COMORBIDADES

☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNA

MARCIO WILKER SOARES CAMPELO

CRM: 8180

Atadura 101
SF 100
Defalha 40x12
gases 3

Hospital São José

RECIBO

FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PQA

Atendimento 1.194.594
Nº Prontuário 394.294
Dt Internação 06/10/2016 11:09

Nome **Maria Nikaelly Bezerra Caetano**
Titular do Conv. **Maria Nikaelly Bezerra Caetano**
Estado Civil **Solteiro**
Nome Pai **Jose Nildo Caetano**
Nascimento **20/04/1993**
Endereço **Menino Jesus de Praga, 435 Joao XXIII**
Bairro **Joao XXIII**
Naturalidade

Conjuge
Nome Mãe **Ana Clebia Bezerra de Moura Caetano**
Idade **23 Anos**
Cidade **Fortaleza**
Religião

Cid
Sexo **Feminino**
CPF
Identidade **20150486973**
Telefone 1 **(85) 985252689**
Dt Entrada **06/10/2016**
Dt Alta

Acomodação

Plano de Saúde

Enfermaria

Nome

GIH

Autorização

UNIMED

04417067

Unidade

Empresa

Cód.Usuário

706

08650001324730009

Responsáveis

Nome **Ana Clebia Bezerra de Moura Caetano**
Endereço **Menino Jesus de Praga, 435 Bom Jardim**
RG
CPF **não digitado**

Nome

Endereço

RG

CPF

Parentesco

Telefone 2 **(85)985469353**

Telefone 3

Telefone 4 **não digitado**

Parentesco

Telefone

Celular

Tel Trabalho

Queixa Principal

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

AUDITADO

07/10/16

Chris

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente ou responsável, Sr(a) **Maria Nikaelly Bezerra Caetano**, CPF nº **20150486973**, aqui designado, internado neste nosocômio, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos, atendimentos, medicamentos, materiais e alimentação especializada, que venham a ser necessários durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por um plano de saúde, sem com qualquer conhecimento que o Hospital Uniclinic não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, roupa, etc) deixados em quaisquer dependências internas/externas, implicando em quaisquer compromissos, por parte da instituição, em danos/furtos causados durante a permanência no estabelecimento.

Responsável pelo Atendimento

Maria Viriane Vieira Freitas

Paciente ou Responsável

1194.92



UNICLINIC

O Hospital da sua vida

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NOME: Maria Nikaelly Bezerra Paolino
 CLÍNICA: ginecologia CATEGORIA: unipolo LEITO: 706-3 PRONTUÁRIO: 394204
 DATA: 06/10/16 CIRURGIÃO: [assinatura]
 1º AUXILIAR: [assinatura] 2º AUXILIAR: [assinatura] 3º AUXILIAR: [assinatura]
 INSTRUMENTADOR: [assinatura] CIRCULANTE: [assinatura]
 ANESTESISTA: [assinatura] TIPO DE ANESTESIA: [assinatura]
 DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: [assinatura]

TIPO DE OPERAÇÃO:

Exatamento do arto
no p.c.

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 05

Início da Cirurgia: <u>12:10</u>	Término: <u>12:25</u>	Duração: <u>15 min</u>
Início do Oxigênio: <u>12:10</u>	Término: <u>12:25</u>	Duração: <u>15 min</u>

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

1) Exatamento do arto
no p.c.

2) Ampl. antimes. e uter.
com o comp.

3) dehiscência do p.c.
no p.c.

4) Exatamento do arto
no p.c.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

[assinatura]
Dr. João Ricardo A. de Almeida
CRM - 5244

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

Nome do Paciente: Maria Nikaelly Bezerra Caetano
Data: 06/10/16 Leito: 706-2 Convênio: Unimed
Procurador de Artite no pe E Início: 12:10 Término: 12:20

NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Latex	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6.5	unid		Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7	unid	01	Luva 7.0	unid	02	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 30x8	unid		Luva 7.5	unid	01	Catgut Simples	unid	
Agulha 40x12	unid	02	Luva 8.0	unid		Caprofil	unid	
Agulha de Veres	unid		Luva 8.5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr	20	Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm	1	Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5cm	cm	50	Mononylon 3.0	unid	
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0cm	cm		Mononylon 4.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Propés	unid	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Placa Bisturi Descartável	unid		Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	15cm	02	Raio X de controle	unid		Mononylon Especial	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 01 cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 03 cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 05 cc	unid	01	Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 10 cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 20 cc	unid	01	Seda N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Seringa 60 cc	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda Dormia	unid		Vicryl Plus	unid	
Azul de Metileno	ml		Sonda de Folley N°	unid		Vicryl 0.0	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		Sonda de Asp. Traq. N°	unid		Vicryl 1.0	unid	
Bolsa de Karaia	unid		Soro Fisiológico 0,9% 100	unid		Vicryl 2	unid	
Capa Laparoscópica	unid		Soro Fisiológico 0,9% 250	unid		Vicryl 2.0	unid	
Capa Microscópio	unid		Soro Fisiológico 0,9% 500	unid	01	Vicryl 3.0	unid	
Cateter duplo J	unid		Soro Fisiológico 0,9% 1000	unid		Vicryl 4.0	unid	
Campo Impermeável desc	unid		Surgicel	unid		Vicryl 5.0	unid	
Caneta Bisturi	unid		Talafix tipo:	unid		Vicryl Rapyd	unid	
Cera para Osso	unid		Tala gessada	unid		Naropin	unid	
Compressa Grande	unid	05	Tipóia Descartável	unid		Ominipaque 300	fr	
Clorexidina degermante	ml	100	Torneira Tree Way	unid		Oximetazolina		
Clorexidina alcoólica	ml	100	Trocater N° 10mm	unid				
Clorexidina aquosa	ml							
Cotonnoid	unid		TAXAS			Gas Carbônico Co2	hora	
Coletor de Urina Sit. Fecha.	unid		UNICLINIC			Nitrogênio	hora	
DepoMedrol	unid		CONFERE COM O MATERIAL DE FORNECEDOR					
Dreno Penrose N°	unid		ORIGINAL					
Dreno Portovac N°	unid							
Dreno Tórax N°	unid							
Equipo	unid							
Esparadrapo	cm	60						
Éter	ml							
Extensor 20cm	unid		OUTROS					
Faixa Smarch	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter Duplo Lumen	unid				
Fio Guia Hidrofílico	unid		Cateter de Hemodialise	unid				
Fita Cardíaca	unid		Coletor de Mucosidade	unid				
Gaze 7,5x7,5	unid	30	Adrenalina	amp				
Gaze Acolchoada	unid		Heparina	unid				
Glutaraldeído	ml		Xylocaina	unid				
Gel Foan	unid		Xylocaina Gel	gr				
Gorro	unid		Xylocaina Spray	ml				
Intracath N°	unid	06	Diprosan	unid				
			Kollagenase	gr				

Cirurgião:
Anestesista:

Aux 2:
Aux 3:

Instrumentador:

Dr. João Ricardo de Almeida
CRM - 5244

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DAVINANA FERNANDES FRAGA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2018 às 18:48, sob o número 0155712112018060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0155712-11.2018.8.06.0001 e código 3B32FC4.



uniclinic
O hospital da sua vida.

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

Paciente: Maria Mikaelly Bezerra Cartano Idade: 13 Sexo: F Leito: 706-3
Convênio: Unimed Grupo Sang.: _____ Fator RH: _____ Data: 06/10/16 Hora: 11:30

PRÉ-OPERATÓRIO

Hipertensão () Cardiopatias () Diabetes () Doenças Resp. () Alergias () Outros ()

Quais: _____

Faz uso de medicações? Sim () Não (X)

Quais? _____

Peso _____ Kg Altura _____ cm Cirurgia anterior: Sim () Não (X)

Qual? _____

Anestesia anterior: Sim () Não (X)

Tipo? _____

Próteses: Sim () Não (X)

Fumante: Sim () Não ()

Cirurgia proposta: Artroscopia Médico: João Ricardo

Sinais vitais: T= _____ °C P= _____ bpm R= _____ bpm PA _____ mmHg

TRANS-OPERATÓRIO

Cirurgia realizada: Artroscopia PA _____ mmHg

Tipo anestésico: Local + Sedação Tempo cirúrgico: Início 12:10 Término 12:10

Medicações utilizadas: xylocaine plu + Propofol

Peça cirúrgica / corpo estranho: _____ Destino: _____

Exames durante o trans-operatório: RX () ECG () Laboratório () US ()

Realizado contagem de compressas: Sim () Não ()

Instrumentador(a): Claudia Circulante: Tarcila

Paciente encaminhado para: SR (X) Posto (X)

COM:

() Sonda nasogástrica () Tubo endotraqueal () Cateter venoso periférico

() Sonda vesical () Cateter venoso central () Curativo

() Traqueostomia () Tampão () Dreno

() Tala

Intercorrências: Cuidado

PÓS-OPERATÓRIO

Encaminhado: _____ hs: _____ Enfermagem: _____

Mod.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DAVINANA FERNANDES FRAGA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2018 às 18:48, sob o número 01557121120188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0155712-11.2018.8.06.0001 e código 3B32FC4



PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 06/10/2016

Nome do Paciente:

Maria Ríscely Bezerra

Enf. Aplo:

1

Leito:

406.3

Médico:

Credenciamento: Unimed

Internamento: / /

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

MATERIAL UTILIZADO

Ser. 20 cc

Ser. 10 cc

Ser. 5 cc

Ser. 3 cc

Agulha 40/12

Agulha 13/4,5

Equipo

Equipo c/ lat.

Soro Físio. 100ml

Soro Glico. 100ml

Abd 500ml p/02

S. Aspiração

BOMBA DE INFUSÃO OXIGÊNIO

MED. LIG. DES. LIG.

DES.

Glicemia

Hora Valor Insulina

SND

13h

14h

15h

UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. João Ricardo Andrade
Otorrinolaringologista
CRM 504 Otorrinolaringologista

Dr. João Ricardo Andrade

Dr. João Ricardo Andrade

Dr. João Ricardo Andrade

Dr. João Ricardo Andrade

Dr. João Ricardo Andrade

CRM-5246

CRM 5246

CRM 5246



Evolução Paciente

Paciente: Maria Nikaelly Bazzera Caetano
 Data Nasc: 20/04/1993 23 Anos
 Sexo: Feminino
 Id: 966469353
 Local: Sala Cir 03

Atendimento: 1.194.594
 Prontuário: 394.294
 Dt. Entrada: 06/10/2016 11:09:38
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data emissão	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código pro
06/10/2016 11:09:38	Enfermeiro	Evolução		Renata Mayra Reis Maia	

Enfermeiro(a): Renata Mayra Reis Maia Enfermeiro(a)

Data impressão: 06/10/2016 11:09:38 Entrada na Unidade: 13:25

ADMISSÃO UNIDADE

• Estado de consciência/orientação (Consciente, orientada, verbalizando);

• Motivo de internação (chegou à unidade de maca, proveniente do CC);

• Sinais vitais (Freqüência cardíaca em ar ambiente);

• PA (110 x 80);

• Glicemia (em jejum);

• Exame físico (Em MIE);

• Sinais vitais e disposição de infusão (AVP Pervio);

• Laboratório (sem);

• Eliminações urinárias e fecais (eliminações vesico-intestinais presentes);

• Estado de hidratação (adequada);

• Estado de consciência (preservada);

• Estado de consciência (preservada); para procedimento em Pe E. Paciente nega comorbidades e alergias medicamentosas. Refere ser

Renata Mayra R. Maia
 Enfermeira
 COREN 485.503

Renata Mayra Reis Maia / Coren 485.503

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



uniclinic

O hospital da sua vida

BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Name: Maria Nikolaevna Bykova

Leito: 706.3

Unidade / Serviço: P4

Admissão: 06 / 10 / 2016

[illegible]

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



NOME DO PACIENTE: Maria Nivally CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO.: LEITO: MÉDICO ADMITENTE: MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

OB10 Porel inter
P7 hct up

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia Traumatologia
CRM 5244 CPF 423.866.103-41

Porel operado, pome
be no po maior

Dr. João Ricardo A. de Almeida
CRM 5244

06 R.O. a
12 B. A. A.
16 A. I. O. S. S. 12 Porel
ed. A. I. S. S. O.

Dr. Evaldo Logenes



DATA: 26/10/16	POSTO: 7	LETO: 7063
CONVÊNIO: Unimed		

OBSERVAÇÃO

Orientado ()

CVC () local

Másc. reservatória 100% ()

NE ()	SNG ()	GTT ()	NPT ()
--------	---------	---------	---------

esse espontânea () Em fralda () SVN/ () CVA

()	Leito	()	Outros	()
()	engorda	()	Diarréica	()

18:25

compensare per familiari - _____

100

C
MO

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

ASSINATURA e COREN:





FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Maria Nikaelly Bezerra Caelano

AP/ENF: _____ LEITO: _____ CONVÊNIO: Unimed

CIRURGIÃO: _____ DATA: 06/10/16

IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ SEXO: _____ PULSO: _____ RESPIRAÇÃO: _____

PA: _____ TIPO SANGÜINEO: _____ HEMACIAS: _____ HEMOGLOBINA: _____

HEMATÓCRITO: _____ GLICEMIA: _____ URÉIA: _____

AP. RESPIRATÓRIO: MV+SIM ASMA: _____ BONQUITE: _____

AP. CIRCULATÓRIO: RCUT ECG: _____

AP. DIGESTIVO: _____ DENTES: _____ PESCOÇO: _____

AP. URINÁRIO: _____ URINA: _____

ALERGIAS: Nega

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

ANESTESIAS ANTERIORES: sem

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: _____

PAM: _____

HORÁRIO: 12:30 12:25

Agente Anestésico: _____

Líquidos: (soros, hemoderivados etc.) _____

PULSO: 100/100
TEMP. 36.5
PVC 100
PA 100
ANEST. XXXX
OP OP

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES _____

POSIÇÃO: DDP

AGENTE: _____

TÉCNICA: Sedação + anest local

CIRURGIA: fto de osteomielite

CIRURGIÕES: Dr. João Ricardo

ANESTESISTA(S): Luciana Bezerra

INTERCORRÊNCIAS: _____

INDUÇÃO

Satisfatória: _____ Excitação: _____
Tosse: _____ Lenta: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____

MANUTENÇÃO

① Monitorização
removal 120
pentam 1100
midazolam 2
② propofol 50ml
30ml
③ anest local
Xila 1/1000

A SR

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Anestesia Satisfatória: Sim () Não ()
Paciente para o leito com c: _____
Sim () Não ()
Perda Sanguínea Aprox.: _____
Obstrução: _____ Co2
Náuseas: _____
Vômitos: _____
Outros: _____

Luciana Bezerra
Assinatura do Anestesiologista

ITENS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA ANESTESIA						
SOLUÇÕES	UNID	QTDE	MEDICAMENTOS	UNID	QTDE	
Soro Fisiológico 0,9% 100ml	unid		Adalat Retard 10mg	unid		
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	unid		Adrenalina 1mg	amp		
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	unid		Água Bidestilada 20ml	amp		
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	unid		Atropina 0,25mg - 1ml	amp		
Soro Glicofisiológico 0,5% 500ml	unid		Bextra 40mg	amp		
Soro Glicosilado 5% 500ml	unid		Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4%	amp		
Ringer Lactato 500ml	unid	01	Clonidin 150mcg	amp		
SANGUE-HEMODERIVADOS			Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml	amp		
Albumina	unid		Diazepan 10mg	amp		
Crio	unid		Dimorf 10ml	amp		
Hemácias	unid		Dimorf 2ml	amp		
Plaquetas	unid		Dimorf SP 0,2mg	amp		
Plasma	unid		Dipirona	amp		
MATERIAIS			Diprospon	amp		
Abocath n° 22	unid	01	Dolantina 100mg	amp		
Agulha desc. para raqui n°	unid		Dopamina 500mg	amp		
Agulha desc. Peridural n°	unid		Dormonid 15mg	amp		
Cal Sodada	gr		Dormonid 5mg	amp	01	
Cateter para O ₂ Tipo Óculos	unid	01	Efortil 10mg	amp		
Eletrodos	unid		Etomidato 20mg	amp		
Equipo para BIC	unid		Fentanil 10ml - 0,50mg	amp		
Equipo para soro contendo cor lateral	unid	01	Fentanil 2ml	amp	01	
Extensor de 20cm	unid	01	Fentanil 5ml	amp		
Extensor de 40cm	unid		Glicose 25%	amp		
Extensor de 60cm	unid		Glicose 50%	amp		
Extensor de 120cm	unid		Halotano	ml		
Perfusor de 120cm	unid		Heparina 25.000ui	amp		
Sonda de aspiração Traqueal n°	unid		Ipsilon 1gr	amp		
Sonda Endotraqueal n°	unid		Kefazol 1gr	amp		
Torneira Three-Way	unid	01	Keflin 1gr	amp		
OBRIGATÓRIO JUSTIFICAR			Ketamin 50mg	amp		
Agulha stimuplex	unid		Lasix 10mg	amp		
Ciprofloxacino 200mg - 200ml	unid		Lidocaína 2% c/ vaso - 20ml	unid		
Ciprofloxacino 400mg - 200ml	unid		Lidocaína 2% s/ vaso - 20ml	unid	01	
Flagyl 500mg - 100ml	unid		Narcan 0,4mg	amp		
Ipsilon 4gr	amp		Neocaína 0,5% c/ Epinefrina - 20ml	amp		
Kit PAM (transdutor de pressão)	unid		Neocaína 0,5% s/ Vasocons - 20ml	amp		
Lanexat 0,5mg	amp		Neocaína Isobárica 0,5%	amp		
Naropin 10mg/ml	amp		Neocaína Pesada 0,5%	amp		
Naropin 7,5mg/ml	amp		Omeprazol 40mg	amp		
Nausebron 4mg - 2ml	amp		Plamet 5mg/ml	amp		
Nimbium 10mg	amp		Plasil 5mg	amp		
Pantozol 40mg	amp		Profenid 100mg EV	amp		
Propofol 1% - 20ml	amp	01	Prostigmine 0,5mg	amp		
Rocefin 1gr	amp		Quelicim 100mg	amp		
Sensor Bis	unid		Ranitidina	amp		
Sevorane	ml		Rapifen 25mg	amp		
Sonda Endotraqueal Armada n°	unid		Rocuron 50mg - 5ml	amp		
Sonda Nasogástrica	unid		Solu-cortef 100mg	unid		
Tubo Carlens	unid		Solu-cortef 500mg	unid		
Tubo Polar	unid		Sufenta 1ml	amp		
Ultiva 2mg	amp		Sufenta 2ml	amp		
Vancomicina 500mg	amp		Superan 50mg - 2ml	amp		
JUSTIFICATIVA MÉDICA:			Tramal 100mg	amp		
			Tramal 50mg	amp		
			Transamin 50mg	amp		
			Vitamina K	amp		
propofol p/ sedação W. Garcia Bezerra 7616			APARELHOS		UNID	QTDE
			Bomba de Infusão	hora		
			Bomba de Seringa	hora		
			Capnógrafo	hora		
			Cardioscópio (ECG)	hora		
			Monitor (PNI)	hora		
			Oxímetro	hora		
			GASES		UNID	QTDE
			Ar comprimido	hora		
			Óxido nítrico	hora		
ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM			Oxigênio	hora	15	10m

UNCLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

[illegible]

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Alto mtebr 184

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 524 CPA 02.000.001-11

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Atendimento: 139686
Paciente.....: MARIA NIKAEELY BEZERRA CAETANO
Solicitante....: Dr.(a) VANOR CRUZ
Data.....: 05/10/2016
Exame.....: 204187 US ARTICULAR PÉ (ESQUERDO)
Convênio.....: UNIMED

ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Moderado derrame articular de conteúdo espesso na articulação metatarsofalangiana do 1º raio com material hiperecogênico em permeio (corpo estranho/pus) com trajeto fistuloso para pele, sugestivo de processo inflamatório/infeccioso (artrite infecciosa) associado a osteomielite.

Espaços interdigitais analisados sem coleções ou lesões expansivas sólidas císticas.

Musculatura intrínseca com aspecto ecográfico preservado.

Fáscia plantar com espessura e ecogenicidade normais.

Ausência de lesões tendíneas.

Dr. CARLOS MACEDO
RADIOLOGIA GERAL E INTERVENÇÃO
CRM 9099 / CBR 3999

Dr. HARLEY SILVEIRA
RADIOLOGIA GERAL
ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 8937

Dr. KELNNER PORTELA LUZ
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
MEMBRO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA
CRM 7386

Dr. PABLO PICASSO
RADIOLOGIA GERAL E NEURORADIOLOGIA
CRM 6806 / CBR 7548

Rua Eurébio de Souza, 373 - Bairro José Bonifácio
Fortaleza/CE
(85) 3032-2927

Dr(a). THIAGO MONT'ALVERNE ARCANJO
Médico(a) Radiologista
CRM - 12958



Ms. Nikelly B. Cooker

mei do Sene

Суренов . 15. 20-14

M potencia de fricção
e de peso gravitacional

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
RJM 5249 CPF: 423.866.403-51

HOSPITAL UNICLINIC
Av. Aguanambi, 332
B. Fátima - Fort. Ceará - Brasil
60055-402 - Fone: (85) 3311 6000
www.uniclinic.com.br
dr.day-cruz@terra.com.br



Dr. William B. Amorim

*DISPONIBILIDADE
SISTEMA DE REGISTRO*

*- DISPONIBILIDADE EM
JORNADA*

[Signature]

Dr. João Quintino Junior
Ortopedista/Traumatologista
CRM 5252

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br - uniclinic@uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

RECEITUÁRIO



Hospital Regional
www.hospitalregionalunimed.com.br
 Av. Visconde do Rio Branco, 4.000
 60055-172 Tauape, Fortaleza - CE
 T: (85) 3277-7000
 F: (85) 3277-7124

Marie Mikaelly
 N° _____

no sistema

1) Bupropionil _____ 1cx

180 / dia

por 7 dias

~

Dr. Clecio Clay
 23 AGO. 2016

Traumatologia - Ortopedia
 CRM 5608 TRO 390

[Handwritten signature]

coop Membro da Aliança
 Cooperativa Internacional

ANS - 31.714-4

Cód.: 43361

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente

Nome completo:

CRM:

UF:

Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima

Telefone: 3311.6000

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Carimbo e assinatura do médico

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Org. Emissor.

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Data: / /

Assinatura do farmacêutico

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	Dr. João Quintino Junior
CRM:	000552
Endereço:	Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima
Telefone:	3311.6000
Cidade:	Fortaleza
UF:	CE

Assinatura do médico Dr. João Quintino Junior Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Dr. Murilo R. A.

Endereço: R. Murilo R. A. 435

Prescrição: Cefprozil 500 uo 2x

OTOMENOS - CB - 765

NÃO PERMITIDO TROCA OU

RECEITA DE TROCA

OTOMENOS - CB

NÃO PERMITIDO TROCA OU

RECEITA DE TROCA

DATA: 29/16

PRODUTO: 3CX cefalexina 500mg

DATA: 09/09/16

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor.
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data: / /	



Avenida Aguanambi, 332
 Bairro de Fátima - Fortaleza - Ceará
 60055-402 PABX (85) 3311.6000
 dr.davidecruz@terra.com.br
 www.uniclinic.com.br



Marcia Micaelly B. Castro

1 Bupropion _____ 1cx
tomar 01 q dia

Fortaleza 27.09.2016

Dr. Vanor Cruz
 CPF: 026.244.513-15
 CREMEC 2080

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	Dr. Vanor Cruz UF:
CRM:	CPF: 026.244.513-15
Endereço:	Av. Aguanambi, 132 - Bairro Fátima
Telefone:	3311.6000
Cidade:	Fortaleza UF: CE

Dr. Vanor Cruz CPF: 026.244.513-15 CREMEC 2080 <i>[Assinatura]</i> Carimbo e assinatura do médico
--

Paciente: Marcia Mikaelly Bezerra Cautano

Endereço: Rua Manoel Gomes de Muga 435

Prescrição: Jão XXIII

1 Cefalecma 500g ——— 14cps

tomar 01cp de 12/12hs

Data: 27, 09, 16

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data:	/ /

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	Dr. João Ricardo Andrade
CRM:	Ortopedia e Traumatologia
Endereço:	CRM 5244 CPF: 423.866.403-51 Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima
Telefone:	3311.6000
Cidade:	Fortaleza UF: CE

Dr. João Ricardo Andrade Ortopedia e Traumatologia CRM 5244 CPF: 423.866.403-51
Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Marcos Vinícius Bezerra
 Endereço: Rua Menina Maria
 Prescrição: UF Joa 2014

① Levoksin 500 - 16x ⑦
via oral 1x/1d

Data: 06/10/16

Retorno

→ 13/10/14h

Identificação do Comprador	
Nome:	FRANCISCO WESLEY NASCIMENTO DE MOURA
Ident.:	Org. Emissor: 311
End.:	2004009098791 Prm. 497
Cidade:	R. MINILLO JESUS UF: CE
Telefone:	85252689

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data: / /	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome:	Dr. João Ricardo Andrade de Alencar
CRM:	5244 UF: CE.
Endereço:	Av. Aguanambi, 332 UNICLINIC
Cidade:	Fortaleza UF: CE.
Telefone(s):	(85) 3211.6000

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244 (85) 3211.6000

Carimbo ou Assinatura do Médico

Paciente: Mr. Isaque B. Costa

Endereço: Av. Aguanambi, 332 UNICLINIC

Prescrição: 100 x 100

1 - Levoxin 500mg _____ cx. c/ 7
tomar 1 comprimido, via oral, 01 vez ao dia, por 07 dias.

13.10.18
Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.:	_____ Órgão Emissor: _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone(s):	_____

**NÃO AUTORIZO A TROCA
DESSE MEDICAMENTO**

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	_____ / ____ / ____ Data

Receita de Controle Especial

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	<i>Dr. Ricardo</i>
CRM:	UF: <i>CE</i>
Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima	
Telefone: 3311.6000	
Cidade: Fortaleza	UF: CE

 Dr. João Ricardo Andrade Ortopedia e Traumatologia CRM 5244 CPF: 423.866.403-11
Carimbo e assinatura do médico

Paciente: *Mr. Nikolay B. ...*

Endereço: *R. Manoel de ...*

Prescrição: *Colchicina 1mg*
10 - 120mg 90 dias 3 vezes

no ...
 Data: *09/10/10*

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data: / /	



**MULTICLÍNICA
FORTALEZA**

"Uma equipe cuidando de sua saúde"

Mar. Nataly Rêgo Castro

Rx Uso Oral

OB. puerperal 15kg — 14
tom 1 cp de 12/12h por 07 dias
2. Moxalona 10mg — 14
tom 2 cp à Noite.

20/V/16



**MULTICLÍNICA
FORTALEZA**

"Uma equipe cuidando de sua saúde"



**MULTICLÍNICA
FORTALEZA**

"Uma equipe cuidando de sua saúde"

Mar Wilkely Baze Castro

14 Uso Oral

OB. suspensa 15kg — 14
for 5 kg de 12/12h por 07 dias
2 Unid. 10 mg — 14
for 2 kg a Noite

20/11/16

DR. JANGLEY NASCIMENTO
CRM 12098
Osteod. Educ. Médica

Mar Wilkelly B. Castro

uso Oral:

Glucosamina 1,5g
Condroitine 1,2g

1x dia — 6 meses

Marcelo Afonso
Médico Ortopedista - CRM 12098
Chefe Ortopedia - HCaf

09/12/16

Boghos Boyadjian

Diagnóstico por imagem

Laboratório de Análises Clínicas

PACIENTE: *MARIA NIKAELLY BEZERRA CAETANO*
SOLICITANTE: *Dr. JOAO RICARDO ANDRADE*
CONVÊNIO: *UNIMED*

ATEND. *4418198*

DATA: *15/12/2016*

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO ESQUERDO

TÉCNICA:

Axial gradiente-echo.
Axial spin-echo T1.
Sagital fast spin-echo T2.
Sagital spin-echo T1.
Axial fast spin-echo T2.

LAUDO:

Estruturas ósseas de morfologia, características de sinal de ressonância magnética e alinhamento preservados.

Pequeno derrame articular

Leve espessamento com edema em partes moles subcutâneas circunferenciais difusas notadamente no aspecto lateral-medial do retro-pé.

Tendões dos músculos tibial anterior, extensor longo do hálux, extensor longo dos dedos, tibial posterior, flexor longo dos dedos, flexor longo do hálux, fibular longo, fibular curto e tendão de aquiles de morfologia e sinal normais.

Estruturas musculares, ligamentares e demais planos gordurosos íntegros.

CONCLUSÃO:

Pequeno derrame articular com edema em partes moles subcutâneas circunferenciais difusas, provavelmente pós-traumática.



Dr. MARCELO PINHEIRO
CRM 6763

Boghos Boyadjian
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análises Clínicas

PACIENTE: *MARIA NIKAELLY BEZERRA CAETANO*
SOLICITANTE: *Dr. JANSEN VASCONCELOS*
CONVÊNIO: *UNIMED*

ATEND.: 441/198

DATA: 01/12/2016

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEPÉ ESQUERDO

Análise:

Bursite do 1º e do 4º espaço intermetatársicos, onde se observa distensão e acúmulo líquido entre as cabeças metatarsais.

Artefatos junto à margem medial da articulação metatarsofalangiana do hálux, associados a edema de partes moles na sua adjacência, provavelmente tratando-se de alterações pós-cirúrgicas.

Alterações inflamatórias no tecido celular subcutâneo da face dorsal do antepé, onde há edema e tênues lâminas líquidas.

Demais estruturas sem alterações significativas e descritas abaixo.

Restante das estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Ausência de derrame articular.

Tendões flexores e extensores com continuidade, espessura e sinal conservados.

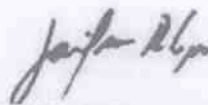
Placas plantares sem lesões.

Planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão.

Espaços intermetatársicos distais livres, sem evidências de neuromas interdigitais.

Estruturas do complexo gleno-sesamóideo preservadas.

Nota: foi administrado meio de contraste paramagnético endovenoso.



Dr. JAILSON R. LOPES - CREMEC 9066
Radiologia Músculo-Esquelética

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O(a) Sr.(a) Maria Antônia B. Coutinho
 compareceu a esta clínica às _____ horas para
 1 - Consulta ☒ 5 - Marcar Radiografia ☒
 2 - Acompanhar Familiar ☐ 6 - Fazer Radiografia ☐
 3 - Fazer exame de Laboratório ☐ 7 - Retirar Radiografia ☐
 4 - Retirar exame de Laboratório ☐ 8 - Fisioterapia ☐

Outrossim comunicamos que:

a - pode voltar em seguida ao trabalho ☐ Laboratório ☐ Radiologista ☐
 b - foi encaminhado à especialista ☐ ☐ ☐
 c - deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje _____
 d - deverá ficar afastado(a) do trabalho quinta 15 dias ☒
 a contar desta data _____
 e - poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho _____
 f - CID S9136 + M255

Fortaleza Dr. Clecius Etay de 200 _____

23 AGO. 2016

Traumatologia - Ortopedia
 CRM 5609 - RBOC 399
 DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1 ☐ PAA-2 ☐

Ao Dep. Pessoa:

Nome: _____

- 1 - Fica(a) afastado(a) do trabalho por _____ dias
- 2 - Providenciar doc. p/ benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
- 3 - Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento _____

DEP. MÉDICO

SRM/SEAMO 18
 Cód: 16728



Av. Aguanambi, 332 Bairro de Fátima
Fortaleza - Ce Cep: 60055-402
PABX: (85) 3311-6000

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) M. Y. M. B. C.

Compareceu a este Hospital às 9 horas para:

- 1. Consulta ☒
- 2. Acompanhar Familiar ☐
- 3. Fazer Exame ☐
- 4. Fisioterapia ☐
- 5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐

B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

C) Deverá ficar afastado do trabalho por 30 dias a contar desta data 09/16 ☒

Autorizo colocação do CID U990

CID 601.5914 (Paciente)

Fortaleza, 6 de 9 de 20 16

Dr. João Quintino Junior
Ortopedista Traumatologista
CRM 533
Médico



Av. Aguanambi, 332 Bairro de Fátima
Fortaleza - Ce Cep: 60055-402
PABX: (85) 3311-6000

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) Mr. Michael B Cohen

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☒
2. Acompanhar Familiar ☐
3. Fazer Exame ☐
4. Fisioterapia ☐
5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐

B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

C) Deverá ficar afastado do trabalho por 60) sessenta

_____ dias a contar desta data ____/____/____ ☒

Autorizo colocação do CID _____

CID S 93.41 (Paciente) M65.9

Fortaleza, 07 de 11 de 20 16

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 22417-CE
Médico



Av. Aguanambi, 332 Bairro de Fátima
Fortaleza - Ce Cep: 60055-402
PABX: (85) 3311-6000

Atestado Médico

O (a) Sr.(a)

Francisco Wesley B. Costa

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☒
2. Acompanhar Familiar ☐
3. Fazer Exame ☐
4. Fisioterapia ☐
5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐

B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

C) Deverá ficar afastado do trabalho por (30) dias

_____ dias a contar desta data ____/____/____ ☒

Autorizo colocação do CID _____

CID

M 1 3

(Paciente)

Fortaleza, 06 de 10 de 20 16

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244 Médico

RECEITUÁRIO

Atestado

Atesto para os devidos fins que a Sra. Maria Nivaldy Bezerra Costa, brasileira, com nome de solteira, portadora do RG nº 1.234.567-8, CPF nº 123.456.789-0, residente e domiciliada em Rua da Paz, nº 100, bairro Centro, cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, foi acometida por infecção aguda de origem bacteriana no dia 23/08/2016, submetida a cirurgia de emergência e internada no Hospital de Referência, onde permaneceu sob cuidados médicos e de enfermagem, necessitando de repouso absoluto e tratamento farmacológico, sendo necessário o afastamento das atividades laborais por prazo indeterminado.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.922-01

Fortaleza, 10/01/17

Atestado Médico

O(a) Sr.(a) _____

W. Nivaldo B. Lacerda

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

- 1. Consulta ☒
- 2. Acompanhar Familiar ☐
- 3. Fazer Exame ☐
- 4. Fisioterapia ☐
- 5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

- A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐
- B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐
- C) Deverá ficar afastado do trabalho por 02 dias

_____ dias a contar desta data 11 de 12 ☒

Autorizo colocação do CID _____ (Paciente)

CID R65.9
Fortaleza, 06 de 01 de 20 17

Dr. João Ricardo André
CRM 5244 - CPF 423.866.403

W. Nivaldo B. Lacerda

W. Nivaldo B. Lacerda

01 Xpto 2 mp
W. Nivaldo B. Lacerda

Dr. João Ricardo André
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244 - CPF 423.866.403



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 14570603277

Número do Benefício: 6157248533

Espécie: 91

Número do Requerimento: 175855635

Ao Sr.(a): MARIA NIKAELLY BEZERRA CAETANO

Endereço: MENINO JESUS DE PRAGA 435, BONSUCCESSO

CEP: 60520600

Município: FORTALEZA

UF: CE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal:

Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 06/09/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 15/10/2016.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (15/10/2016), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 15/10/2016 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso da parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 23 de setembro de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: FORTALEZA DAMAS Endereço: R MACHADO DE ASSIS, 525, DAMAS

CEP: 60426000 Município: FORTALEZA

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 23 de setembro de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 14570603277

Número do Benefício: 6157248533

Espécie: 91

Número do Requerimento: 175855635

Ao Sr.(a): MARIA NIKAELLY BEZERRA CAETANO

Endereço: MENINO JESUS DE PRAGA 435, BONSUCESSO

CEP: 60520600

Município: FORTALEZA

UF: CE

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 04/10/2016, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi prorrogado até 06/01/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 06/01/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 06/01/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS, ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 28 de novembro de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: FORTALEZA DAMAS Endereço: R MACHADO DE ASSIS, 525, DAMAS

CEP: 60426000 Município: FORTALEZA

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 28 de novembro de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal

1 - Registro ANS 31.714-4		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atividade	
2 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Assinatura do Profissional Solicitante	
4 - Nome do Beneficiário		8 - Nome da Carteira		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
1 - Código na Operadora		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		27 - Qtd. Solic.	
2 - Nome do Profissional Solicitante		21 - Nome do Contratado		23 - Indicação Clínica		25 - Descrição		28 - Qtd.	
3 - Nome do Contratado		30 - Nome do Contratado		32 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		37 - Qtd. Solic.	
4 - Nome do Contratado		31 - Código CHES		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		36 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
5 - Nome do Contratado		32 - Tipo de Consulta		37 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		38 - Tipo de Consulta		39 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
6 - Nome do Contratado		39 - Motivo de Encerramento do Atendimento		40 - Tipo de Consulta		41 - Descrição		42 - Qtd.	
7 - Nome do Contratado		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
8 - Nome do Contratado		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red. Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
9 - Nome do Contratado		44 - Tec.		45 - Fator Red. Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
10 - Nome do Contratado		45 - Fator Red. Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)	
11 - Nome do Contratado		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)		49 - Valor Total (R\$)	
12 - Nome do Contratado		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)		49 - Valor Total (R\$)		50 - Valor Total (R\$)	
13 - Nome do Contratado		48 - Valor Total (R\$)		49 - Valor Total (R\$)		50 - Valor Total (R\$)		51 - Valor Total (R\$)	
14 - Nome do Contratado		49 - Valor Total (R\$)		50 - Valor Total (R\$)		51 - Valor Total (R\$)		52 - Valor Total (R\$)	
15 - Nome do Contratado		50 - Valor Total (R\$)		51 - Valor Total (R\$)		52 - Valor Total (R\$)		53 - Valor Total (R\$)	
16 - Nome do Contratado		51 - Valor Total (R\$)		52 - Valor Total (R\$)		53 - Valor Total (R\$)		54 - Valor Total (R\$)	
17 - Nome do Contratado		52 - Valor Total (R\$)		53 - Valor Total (R\$)		54 - Valor Total (R\$)		55 - Valor Total (R\$)	
18 - Nome do Contratado		53 - Valor Total (R\$)		54 - Valor Total (R\$)		55 - Valor Total (R\$)		56 - Valor Total (R\$)	
19 - Nome do Contratado		54 - Valor Total (R\$)		55 - Valor Total (R\$)		56 - Valor Total (R\$)		57 - Valor Total (R\$)	
20 - Nome do Contratado		55 - Valor Total (R\$)		56 - Valor Total (R\$)		57 - Valor Total (R\$)		58 - Valor Total (R\$)	
21 - Nome do Contratado		56 - Valor Total (R\$)		57 - Valor Total (R\$)		58 - Valor Total (R\$)		59 - Valor Total (R\$)	
22 - Nome do Contratado		57 - Valor Total (R\$)		58 - Valor Total (R\$)		59 - Valor Total (R\$)		60 - Valor Total (R\$)	
23 - Nome do Contratado		58 - Valor Total (R\$)		59 - Valor Total (R\$)		60 - Valor Total (R\$)		61 - Valor Total (R\$)	
24 - Nome do Contratado		59 - Valor Total (R\$)		60 - Valor Total (R\$)		61 - Valor Total (R\$)		62 - Valor Total (R\$)	
25 - Nome do Contratado		60 - Valor Total (R\$)		61 - Valor Total (R\$)		62 - Valor Total (R\$)		63 - Valor Total (R\$)	
26 - Nome do Contratado		61 - Valor Total (R\$)		62 - Valor Total (R\$)		63 - Valor Total (R\$)		64 - Valor Total (R\$)	
27 - Nome do Contratado		62 - Valor Total (R\$)		63 - Valor Total (R\$)		64 - Valor Total (R\$)		65 - Valor Total (R\$)	
28 - Nome do Contratado		63 - Valor Total (R\$)		64 - Valor Total (R\$)		65 - Valor Total (R\$)		66 - Valor Total (R\$)	
29 - Nome do Contratado		64 - Valor Total (R\$)		65 - Valor Total (R\$)		66 - Valor Total (R\$)		67 - Valor Total (R\$)	
30 - Nome do Contratado		65 - Valor Total (R\$)		66 - Valor Total (R\$)		67 - Valor Total (R\$)		68 - Valor Total (R\$)	
31 - Nome do Contratado		66 - Valor Total (R\$)		67 - Valor Total (R\$)		68 - Valor Total (R\$)		69 - Valor Total (R\$)	
32 - Nome do Contratado		67 - Valor Total (R\$)		68 - Valor Total (R\$)		69 - Valor Total (R\$)		70 - Valor Total (R\$)	
33 - Nome do Contratado		68 - Valor Total (R\$)		69 - Valor Total (R\$)		70 - Valor Total (R\$)		71 - Valor Total (R\$)	
34 - Nome do Contratado		69 - Valor Total (R\$)		70 - Valor Total (R\$)		71 - Valor Total (R\$)		72 - Valor Total (R\$)	
35 - Nome do Contratado		70 - Valor Total (R\$)		71 - Valor Total (R\$)		72 - Valor Total (R\$)		73 - Valor Total (R\$)	
36 - Nome do Contratado		71 - Valor Total (R\$)		72 - Valor Total (R\$)		73 - Valor Total (R\$)		74 - Valor Total (R\$)	
37 - Nome do Contratado		72 - Valor Total (R\$)		73 - Valor Total (R\$)		74 - Valor Total (R\$)		75 - Valor Total (R\$)	
38 - Nome do Contratado		73 - Valor Total (R\$)		74 - Valor Total (R\$)		75 - Valor Total (R\$)		76 - Valor Total (R\$)	
39 - Nome do Contratado		74 - Valor Total (R\$)		75 - Valor Total (R\$)		76 - Valor Total (R\$)		77 - Valor Total (R\$)	
40 - Nome do Contratado		75 - Valor Total (R\$)		76 - Valor Total (R\$)		77 - Valor Total (R\$)		78 - Valor Total (R\$)	
41 - Nome do Contratado		76 - Valor Total (R\$)		77 - Valor Total (R\$)		78 - Valor Total (R\$)		79 - Valor Total (R\$)	
42 - Nome do Contratado		77 - Valor Total (R\$)		78 - Valor Total (R\$)		79 - Valor Total (R\$)		80 - Valor Total (R\$)	
43 - Nome do Contratado		78 - Valor Total (R\$)		79 - Valor Total (R\$)		80 - Valor Total (R\$)		81 - Valor Total (R\$)	
44 - Nome do Contratado		79 - Valor Total (R\$)		80 - Valor Total (R\$)		81 - Valor Total (R\$)		82 - Valor Total (R\$)	
45 - Nome do Contratado		80 - Valor Total (R\$)		81 - Valor Total (R\$)		82 - Valor Total (R\$)		83 - Valor Total (R\$)	
46 - Nome do Contratado		81 - Valor Total (R\$)		82 - Valor Total (R\$)		83 - Valor Total (R\$)		84 - Valor Total (R\$)	
47 - Nome do Contratado		82 - Valor Total (R\$)		83 - Valor Total (R\$)		84 - Valor Total (R\$)		85 - Valor Total (R\$)	
48 - Nome do Contratado		83 - Valor Total (R\$)		84 - Valor Total (R\$)		85 - Valor Total (R\$)		86 - Valor Total (R\$)	
49 - Nome do Contratado		84 - Valor Total (R\$)		85 - Valor Total (R\$)		86 - Valor Total (R\$)		87 - Valor Total (R\$)	
50 - Nome do Contratado		85 - Valor Total (R\$)		86 - Valor Total (R\$)		87 - Valor Total (R\$)		88 - Valor Total (R\$)	
51 - Nome do Contratado		86 - Valor Total (R\$)		87 - Valor Total (R\$)		88 - Valor Total (R\$)		89 - Valor Total (R\$)	
52 - Nome do Contratado		87 - Valor Total (R\$)		88 - Valor Total (R\$)		89 - Valor Total (R\$)		90 - Valor Total (R\$)	
53 - Nome do Contratado		88 - Valor Total (R\$)		89 - Valor Total (R\$)		90 - Valor Total (R\$)		91 - Valor Total (R\$)	
54 - Nome do Contratado		89 - Valor Total (R\$)		90 - Valor Total (R\$)		91 - Valor Total (R\$)		92 - Valor Total (R\$)	
55 - Nome do Contratado		90 - Valor Total (R\$)		91 - Valor Total (R\$)		92 - Valor Total (R\$)		93 - Valor Total (R\$)	
56 - Nome do Contratado		91 - Valor Total (R\$)		92 - Valor Total (R\$)		93 - Valor Total (R\$)		94 - Valor Total (R\$)	
57 - Nome do Contratado		92 - Valor Total (R\$)		93 - Valor Total (R\$)		94 - Valor Total (R\$)		95 - Valor Total (R\$)	
58 - Nome do Contratado		93 - Valor Total (R\$)		94 - Valor Total (R\$)		95 - Valor Total (R\$)		96 - Valor Total (R\$)	
59 - Nome do Contratado		94 - Valor Total (R\$)		95 - Valor Total (R\$)		96 - Valor Total (R\$)		97 - Valor Total (R\$)	
60 - Nome do Contratado		95 - Valor Total (R\$)		96 - Valor Total (R\$)		97 - Valor Total (R\$)		98 - Valor Total (R\$)	
61 - Nome do Contratado		96 - Valor Total (R\$)		97 - Valor Total (R\$)		98 - Valor Total (R\$)		99 - Valor Total (R\$)	
62 - Nome do Contratado		97 - Valor Total (R\$)		98 - Valor Total (R\$)		99 - Valor Total (R\$)		100 - Valor Total (R\$)	



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento à RN	
4 - 44		5 - Senha		10 - Nome		13 - Assinatura do Profissional Solicitante	
6 - Data de Validade da Senha		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
14 - Nome do Contratado		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
23 - Indicação Clínica		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Atend.	
22 - Data da Solicitação		25 - Código do Procedimento		31 - Código CINES		32 - Código CINES	
33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Valor Unitário (R\$)	
37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Hora Final		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fatur. Rec./Acres.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)	
49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Código CBO	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - UF		59 - Código CBO		60 - Código CBO	
61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - UF		63 - Código CBO		64 - Código CBO	
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		66 - UF		67 - Código CBO		68 - Código CBO	
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - UF		71 - Código CBO		72 - Código CBO	
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - UF		75 - Código CBO		76 - Código CBO	
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - UF		79 - Código CBO		80 - Código CBO	
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - UF		83 - Código CBO		84 - Código CBO	
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		86 - UF		87 - Código CBO		88 - Código CBO	
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - UF		91 - Código CBO		92 - Código CBO	
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - UF		95 - Código CBO		96 - Código CBO	
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - UF		99 - Código CBO		100 - Código CBO	

DESPESAS		
Período	Despesas	valor
set/16	FARMÁCIA	99,31
set/16	FARMÁCIA	82,76
out/16	FARMÁCIA	64,5
nov/16	plano de saúde	200,74
dez/16	plano de saúde	432,97
jan/17	plano de saúde	69,38
jan/17	CONSULTA	100,00
fev/17	plano de saúde	320,38
fev/17	ALUGUEL DE MULETA	15,00
mar/17	plano de saúde	473,46
mar/17	MULETA	58,90
abr/17	plano de saúde	289,16
abr/17	FARMÁCIA	70,15
abr/17	FARMÁCIA	76,15
mai/17	plano de saúde	112,28
jun/17	plano de saúde	428,79
jun/17	FARMÁCIA	21,20
jun/17	FARMÁCIA	20,15
jun/17	FARMÁCIA	29,85
jun/17	FARMÁCIA	12,90
jun/17	FARMÁCIA	53,20
jul/17	plano de saúde	35,43
jul/17	FARMÁCIA	48,20
jul/17	FARMÁCIA	8,80
ago/17	plano de saúde	226,74
set/17	plano de saúde	207,24
out/17	plano de saúde	315,73
nov/17	plano de saúde	264,28
dez/17	plano de saúde	163,20
dez/17	FARMÁCIA	109,00
dez/17	FARMÁCIA	20,00

DESPESAS DE TAXI	
Período	valor
set/16	116,00
out/16	240,00
nov/16	36,00
set/17	50,00
total	442,00

jan/18	plano de saúde	106,69
fev/18	plano de saúde	151,65
mar/18	plano de saúde	33,25
abr/18	plano de saúde	182,53
TOTAL		4.903,97