

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11476655

A/C: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170437478 ASL-0298590/17

Vítima: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

Data Acidente: 12/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta nº: 11487706

A/C: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

Sinistro: 3170437478 ASL-0298590/17
Vítima: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11602514

A/C: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

Sinistro: 3170437478 ASL-0298590/17
Vítima: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2017

Carta nº: 11699484

A/C: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

Sinistro: 3170437478 ASL-0298590/17
Vítima: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ERISMAR VIEIRA DE CASTRO**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **237**

Agência: **000000727-7**

Conta: **000001005445-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora

LÍDER

DOCUMENTO 1 *T19*

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

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, Eufrasio Vieira de CastroPORTADOR(A) DO RE Nº 9007887257-4 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 02/06/2011 ECPF 506980033-15 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eufrasio Vieira de Castro. 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 1000,00;
- 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0427-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1005445-1

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.

Vicosa-CE, 02 de junho de 2017
LOCAL E DATA

Eufrasio Vieira de Castro
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferência - CC p/ PL

Data 06/08/2017 Hora 15:26 Term 057652
N. Trans 497 Banco 237 Agência 0727
Conta 0002084 2 Valor

Favorecido:
Banco 237
Agência 0727 / WEDGSA DO CEARÁ
Conta 1505445-1

Titular: ERISMAR VZEIRA DE CASTRO

Nome: ANTONIO FARIAS DE ARAUJO
Tipo/Conta: 00 Via/Cartão: 01

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Atendimento
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 6363
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 6633
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
9h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Erismar Vieira de Castro
Endereço do(a) Examinado(a): St Campo Comprido, S/N
Oeste-rural Vicoso do Ceara CE CEP: 62300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MENOR SEM DOCUMENTO /]
Data local do exame: [19/09/2017] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FX TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO

LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DO MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR NO QUADRIL. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DO MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

Data da alta: SET/2017.

REALIZADA REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. FEZ FISIOTERAPIA (30SS). APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DO MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

Complicações: SEM

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO QUADRIL PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR E ALTERAÇÃO DA MARCHA

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Esquerdo

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

() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050





E ATE NTO

Por: ESUS DESENVOLVIMENTO

90.932

2937709650

Data: 12-03-2017 Hora: 13:31 Inoluido/Atualizado por: ESUS

Paciente: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
Data de Nascimento: 11-07-1971 Idade: 45a 08m 01d
Sexo: MASCULINO
Mãe: MARIA RAIMUNDA DO NASCIMENTO
Estado Civil:
Naturalidade: VICOSA DO CEARÁ
CPF: 50628003315
Endereço: S. 110 JUA BUS VIEIRAS
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: VICOSA DO CEARÁ (CE)
Prontuário: 2732
Cor:
Ocupação:
FONE: C
Sistematizado: /
CEP: 62000000
DOCUMENTO: CPF:

União Interna: EMERGENCIA HMOVC
Motivo:
SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Especialidade:
Data: 12/03/2017

Altura: 1,60 m
Peso: 60 kg
Temperatura: 36,4°C
Frequência Cardíaca: 88 bpm
Pressão Arterial: 112/72 mmHg
Saturação de O2: 98%
Frequência Respiratória: 18 rpm
Liquor:
ECG:
ULTRASONOGRAFIA:
ACIDENTE DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS:
DADOS CLÍNICOS:
SINTOMAS:
Nascente (Linha de acidente de moto) na 1ª e 2ª

na Alcool
+ fôlego difuso e coar
+ f.p.c em c. costal
Cussom 14
02 AGO 2017

DIAGNÓSTICO: + CE 602
CID:
DESCRIÇÃO: - DIETA 202
HORÁRIO DA MEDICAÇÃO:
- SF 091 1000 em em 500 500
- D.P. 2.18 em 16:05
- Rofenem 750 em 16:05
- Renal 1000 + 300 em 16:05
- Renal 1000 + 300 em 16:05
- Renal 1000 + 300 em 16:05
DECISÃO MÉDICA: A PEDIDO [] EXAME [] DESISTÊNCIA [] ENVIADO AO AMBULATÓRIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SECTOR):
RAI XERÊNCIA UNIDADE DE SAÚDE:
ATENÇÃO: ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANATOMIA PATOLÓGICA

Assinatura do Paciente/Responsável: Rosa Maria da Luz
Assinatura do Médico: Maria Marty de Oliveira Carneiro
Escritor:
Data: 17 ABR. 2017
Local:
Em Teor:
3a. versão:
Autentico a presente copia notarial
Comparece original a seguinte:
Assinatura e Carimbo do Médico:
Carimbo: OFÍCIO DE REGISTRO DE VICOSA DO CEARÁ
Carimbo: MARIA MARTY DE OLIVEIRA CARNEIRO

13.03.17 às 15.55 Paciente admitida nesta unidade hora
de tarde, último de estudante de nota classificada em 100%
do corpo, o mesmo refere dor generalizada, fadiga
e desconforto. Prescritos medicamentos. Segue com exames de
informações TSC Douglas Cohen 0110123-25

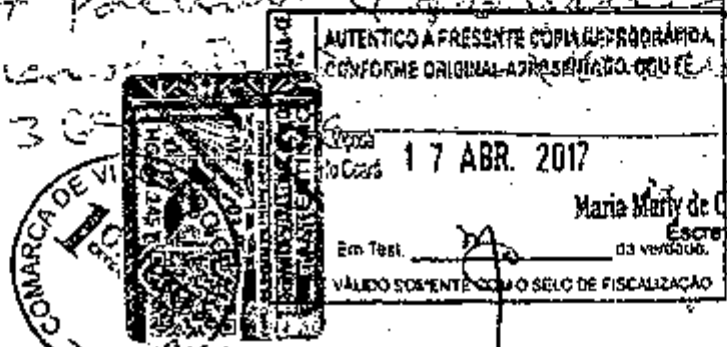
13/03/17 às 16.00 Paciente em
leito no quarto, ativo, apresentando dor
e desconforto. T. 36.5°C. Queixa de dor no corpo
em especial na região da cintura e
notas seguras no dorso das costas
de desconforto. **DOSSIER DO SEGURO**

13.03.17 às 16.00 h = Paciente em repouso no
leito, ativo, fadiga, fisiológicas presentes = 100% T. 36.5°C. Queixa de
dor em especial na região da cintura e dor nas costas.
Exames de sangue e urina. **DOSSIER DO SEGURO**
José Almeida S. de Camargo
Téc. Enfermagem

13.03.17 às 16.00 h. PA: 100/70 T. 36.5°C Paciente
em leito, ativo, repouso, fadiga, fisiológicas, sem outros
sinais no momento. Faltas de dor generalizada seguem
e desconforto de desconforto. **DOSSIER DO SEGURO**
PA: 100/70 T. 36.5°C Paciente segue no
leito, ativo, repouso, fadiga, fisiológicas, sem outros de al-
to momento, dor, dor no corpo no momento. **DOSSIER DO SEGURO**
Paciente segue em repouso no leito, ativo, fadiga, fisiológicas, sem outros de al-
to momento, dor, dor no corpo no momento. **DOSSIER DO SEGURO**

20.40. 13/03/17 Paciente em repouso no leito, ativo, fadiga,
presentando desconforto no corpo, + fadiga nas costas (E).
Faltas de dor no local. e mesmo agravado transgredir
PA: 120/80 T. 36.5°C Paciente 596911

21.03.17 às 10.03.17 Paciente em repouso no leito, ativo, fadiga,
presentando desconforto no corpo, + fadiga nas costas (E).
Faltas de dor no local. e mesmo agravado transgredir
PA: 100/80 T. 36.5°C Paciente 596911





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enianna Vieira de Castro

RG nº 2007887257-4 data de expedição 02/06/2016 Orgão SSP-CE

CPF nº 506.280.033-15, 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>St. Campo Comprido</u>
Número	<u>519</u>
Apto / Complemento	<u>_____ / _____</u>
Bairro	<u>Rincel</u>
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796 / 999273954 / 998045027</u>
E-mail	<u>enianna@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa - Ce. 02 de junho de 2017.

Assinatura do Declarante: x Enianna Vieira de Castro

UNIÃO SEGURADORA
02.AGO 2017

CNPJ 07047251/0001-73 | OGF 00.105.848-3

Durch die Emissionen 02/03/2017

CGP

Nome do Responsável: _____

USD 11.73

DNIC 5,10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

FILE #E92-1254-2127-37CA-6435-237C-0275

INFORMAÇÕES SOBRE O PREÇO DE VENDA DE PRODUTOS DE CONSUMO DE ALTA E MÉDIA ROTATIVIDADE

17300	17314	1.00	14	5100	
-------	-------	------	----	------	--

VALOR CONSUMO DO MES	0,19
PROPOSTA REF 12/2016	0,42

MULTA MORATORIA REF 1272010 2,74

JUROS DO MES 13,31

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
CADERNO DE FOTOGRAFIA ANTERIOR

COB. SALDO FATURA ANTERIOR
BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,11)

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES 4 12 1964

TOTAL	43,80
PAGAR (RS)	

MINISTERIO DE CONSUMO (artículo 12, inciso 1)

73	74	36	76	107	73	33	76	105	73	83	73	75
----	----	----	----	-----	----	----	----	-----	----	----	----	----

Consumo energético		Consumo biológico (kg CO ₂)
Compensado para emissões pelo consumo de energia elétrica	Compensado kg (CO ₂)	Consumo biológico (kg CO ₂)
Emissão kg (CO ₂)		

Compensação kg (Luz)	0,00	RECEBIMENTO
----------------------	------	-------------

ENTRADA PARA 4 VOS DE ABRIL A VEJELINA. PAGARE 1. CON CUENTA DE NO 3.00 A

1-20-1988 10:00 AM. THE REPORTS IN THE REPORTS.

Journal of Management Studies, 20(6), 799-814.

... ..

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1037.

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED EXCEPT WHERE SHOWN OTHERWISE

SECRET

103/2007 - RPFEL de 1999 A. 10.632/02 e 10.733/03

Caro Cliente, constam quitadas as etiquetas
da electrica desta unidade consumidora vencidas a
07/07/2009. Esta declaracao

16, conforme a Lei N. 12.007/2009, com as
alterações anteriores.

Nº do Cliente: 2707263-0 Referência: Mar/2017
Total o Pagor (R\$): 43,80

Data do Emissor: 02/03/2017 Nº do Controle: 0002707263
Nº da Nota Fiscal: 457829340

8388000000-3 43800031000-2 00027072630-6 0101

(continued)

... ..

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Fábio de AraújoRG nº 2001099079893 data de expedição 10/07/14 Órgão SSP - CE

CPF nº 006.892.523-90, 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>Tr. Lamartine Nogueira</u>
Número	<u>03</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>São Francisco</u>
Cidade	<u>Vigora do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99409-4796 / 999273954 / 998095027</u>
E-mail	<u>afoneiroa@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vigora do Ceará, 05-07-2017.Assinatura do Declarante: Antônio Fábio de Araújo

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Estado

2º Via
Nº de Inscrição:
0016789228

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO FABIO DE ARAUJO
End. Entrega: TR LAMARTINE NOGUEIRA 03, SAO FRANCISCO
Cidade: VICOÇA DO CEARA
End. Entrega:
Cidade:
Local: 009 Setor: 002 Quadra: 0013 Lote: 1464
Subsetor: Subquadra: Cepo: 0023

CEP: 62.300-000

CEP:

ECONOMIAS

Residência: 001 | Comércio: 000 | Indústria: 000 | Pórtico: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumenaria	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A73F152541	258	268	0	5

DATAS

Leitura Atual: 22/06/2017 Encerrão: 11/07/2017 Leitura Anterior: 22/05/2017 Próxima Leitura: 24/07/2017 Leitura Anterior: 16271878 Leitura Encerrão:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE À: 04/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	COP	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Frígidas	030	030	010	030	030
Ambientes	030	030	010	030	030
Em conformidade	029	030	010	029	030

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos débito de R\$ 38,44. Caso pago, desconsiderar.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	19,80	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	0,39	JUN/2016	8	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,21	JUL/2016	8	0
		AGO/2016	8	0
		SET/2016	7	0
		OUT/2016	8	0
		NOV/2016	7	0
		DEZ/2016	8	0
		JAN/2017	7	0
		FEB/2017	5	0
		MAR/2017	4	0
		ABR/2017	5	0
		MAY/2017	4	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,19
CCFMS	0,96

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	38,50
VALOR DO SUBSIDIO	18,30
VALOR TOTAL A PAGAR	20,20

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
06/2017	07/07/2017	20,20

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, SIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Zinco, Duas, PagSeguro. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Para mais informações consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nos locais de atendimento de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou no aplicativo Cagece: 3191.1918, de 8h às 12h e 12h às 17h. Ouvidoria: 0800 1155. Site da ANCE: www.ance.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. 0800 283 1919 - Demais Locais: ANCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Estado

Fatura Mensal
Via do agente
intermediador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0016789228 Código de Responsável: NEN/NEN: 06/2017
Local: 009 Setor: 2 Quadra: 0013 Lote: 1464 Comun: 0023
Subsetor: Subquadra:
Cidade: VICOÇA DO CEARA Vencimento: 07/07/2017 Total (R\$): 20,20

82630000000-5 20200009900-4 01678922901-6 00068031025-7



EMISSION: ATENDIMENTO VIRTUAL 10/07/2017 02:08:14

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Fábio de Araújo, portador(a) do

RG nº 2001099079843, expedido por SSP-CE, em

10/07/14, CPF/CNPJ nº 006.892.523-90,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Erismar

Vieira de Castro do sinistro de DPVAT da natureza inicialidade

da vítima Erismar Vieira de Castro, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso-me Renda Mensal: R\$ Recuso-me

Documentos comprobatórios: Recuso-me

Antônio Fábio de Araújo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

UNIÃO SEGURADORA
0,2 AGO 2017



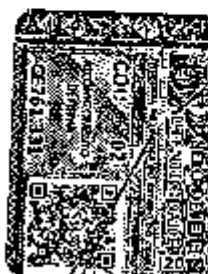
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luana Vieira de CastroRG nº 2004028015421 data do expedição 16/02/2004Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 028.923.103-50, com domicílio na cidade de Viçosa do Ceará, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 5º Rio Riacho do Piqui, nº 51N,complemento rua, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Kriston Vieira de Castro cujo o condutor era Kriston Vieira de Castro.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 150 FAN ESTAno: 2010/2010Placa: NUX 9154Chassi: 9C2KC1550AR150613Data do Acidente: 12.03.2017Local e Data: Viçosa do Ceará, 19 de maio de 2017.UNIAO SEGURADORA
02 AGO 2017Assinatura do Declarante: Luana Vieira de CastroAssinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) Kriston Vieira de Castro

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



OFICIO DE VIÇOSA DO CEARÁ - GE
 01 JUN. 2017
 Em Test. Maria Mary de Oliveira
 VALÍDAMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Maria Mary de Oliveira
Escritor

ANTONIO NOGUEIRA 2º OFICIO
 contendo Selo nº 1070 - Centro - Tel (85) 3632-1312 - Viçosa do Ceará-CE
 conheço a(s) firma(s) por ☒ Semelhança ☐ Autenticidade
LUANA VIEIRA DE CASTRO
 foi fe em testemunho 19 de MAIO de 2017
 Viçosa do Ceará(CE)
 VALDO NOGUEIRA - OFICIAL
 DAYANNE MARIA BEVILÁQUA NOGUEIRA - SUBSTITUTA
 ANTONIO CARLOS VASCONCELOS PEREIRA - SUBSTITUTO
 VALÍDAMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

em 12/03/17 no L. de H. Parente com
para no L. de H. Parente, devido ao mesmo
R. de H. T. 36. Análise em dor no corpo
em estado de morte. Análise em
nota sobre o L. de H. Parente
do Endomizum

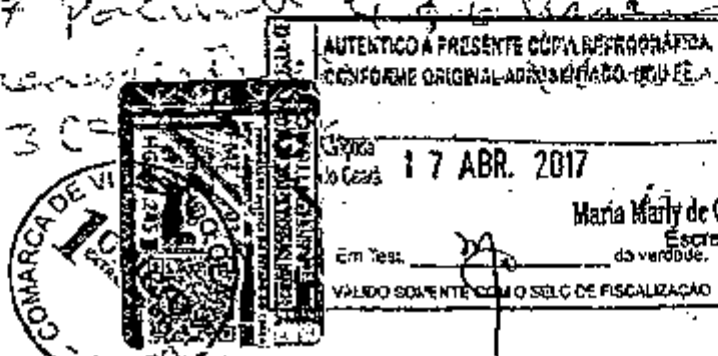
UNIAO SEGURADORA

02 AGO 2017

Jose Nicolas de la Cruz
The, Inspector
C. 1447

5-CE-14-03-07 Paciente *Edson de Souza* e *cof*
 ⑤. *apresenta* *transfusão*
 PA=120/80, T=36,5
 AUTENTICA A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA
 CONFORME ORIGINAL ARQUIVADO EM UFE
 17 ABR. 2017

Pr = 102450, $r = 30\%$



Maria Marly de Oliveira Carneiro
Escritora
da vinícola



FICHA DE REFERÊNCIA



PREFEITURA DE
VICOSA
DO CEARÁ
TRADIÇÃO RENOVADA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Ericimar Vieira de Castro

Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 11/02/71 Ocupação: _____

Endereço: Jus dos Veiros

Bairro: _____

Município: Vicoso

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de queda de moto apresentando fratura transcorantérica de fêmur E, necessitando de intervenção cirúrgica.

Resultado do(s) Exame(s):

Rx e exame físico
Fratura transcorantérica de fêmur E.

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica:

Fratura transcorantérica de fêmur E.

Dr. Pedro Tenório Pereira da Silva

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Data da Alta: 1 / 1 / 1

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Paciente vítima de queda de moto apresentando fratura transcorantérica de fêmur E, necessitando de intervenção cirúrgica.

Resultado do(s) Exame(s):

UNIAO SEGURADORA
02 AGO 2017

Diagnóstico: Principal Fratura Transcorantérica de fêmur E

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento:

Aguardar cirurgia eletiva no hospital de origem.

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Dr. João César Chagas e Cavalcante

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

CPF: 462.058.403-68 / CRM: 99.999

14 / 03 / 17



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

IL FENOLATOES Sexo F Horas 17:16

Nome: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

End.: RIACHO DO FIALI O DISTRITO

CENTRO; VICOSA DO DEARA-DE; CEP: 62300000

Dt. Nasç: 11/07/1971 MA: EXP. 29/09/1990

DATA DE NASCIMENTO

6 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - RAÇA/COR

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO
EDEMA E DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO COXOFEMURAL ESQUERDA
EXAME FÍSICO: MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ENCURTADO E EM
ROTAÇÃO EXTERNA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RAIO-X.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA TRANSVERSAL DE FÊMUR ESQUERDO

24 - CID 10 PRINCIPAL

572.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSTEOSSÍNTESE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050632

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNES

() CPF

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/03/17

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CPF: 44.066.453-13 / CRM: 6249

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE EMPRESA

44 - COOR

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNES

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Mouro
N.T

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 37084 | 13:03:15 14/09/2017

Complete atendimento:

Aten: 0789503 Dt. Atende: 14/09/2017 - 13:10
Reg.: 01.123-01-01-01-01 Dt. Reg.: 11/07/1971
Nome: ERIVAN VIEIRA DE CASTRO
End.: RUA DO PLANO 01 DIST. 01
Cidade: VIÇOSA DO CEARÁ-CE; CEP: 62300000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE ENCAMINHADO DA EMERGENCIA PARA AVALIACAO
TRAUMATOLOGICA QUEIXA DE DOR NA PERNA E, OCASIONADO POR QUEDA DE NOTO

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Eu, X Antonia Sales Gurgel, () Paciente () Responsável
(Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____, declaro
que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

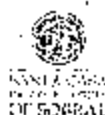
3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

X Antonia Sales Gurgel
Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
pp. Amu Lourenço
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

UNIAO SEGURADORA
02 AGO 2017

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

Atendimento: 4789503 | Paciente: 180406 - ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
Data e Hora do Acolhimento: 14/03/2017 13:07:36

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO

TIPO DE ATENDIMENTO: TRAUMATOLOGICA

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: NÃO / **Paciente Regulado:** NÃO / **SAMU:** NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE ENCAMINHADO DA EMERGEMCIAB PARA AVALIACAO

TRAUMATOLOGICA. QUEIXA DE DOR NA PERNA E, OCASIONADO POR QUEDA DE MOTO

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: / **Nº Pulso:** , **Nº Freq. Resp:** , **DX:** , **Temperatura:**

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico

☒ Queda? Descrição da Queda: QUEDA DE MOTO

☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:

☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto

☒ Moto ☒ Utilizava Capacete

☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:

☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

Erismar Vieira de Castro, 45 anos, agricultor, paciente relata queda de moto há dois dias, com dor em região coxofemural esquerda. Sem comorbidades. Cirurgia prévia de hérnia abdominal.

Exame Físico:

Paciente não deambula, apresentando edema e dor à palpação em região coxofemural esquerda. MIE encurtado e em rotação externa. Fratura transstrocantérica de fêmur esquerdo. Aguarda cirurgia eletiva, sem vaga no momento. Prescrição de Clexane 40mg SC e Buprenorfina

Destino do Atendimento: RETORNO AO HOSPITAL DE ORIGEM

JULIO CESAR CIFUENTES DE CAVALCANTE CRM: 5810

Santa Casa de M. de Sobral
CONF. COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
ENFERMEIRA

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☒ ESPANCAMENTO ☒ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Dr. João Carlos de Souza

CRM 10025 / RJ

Ass. Médico - CRM _____

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

UNIAO SEGURADORA

02 AGO 2017

SEMA Casa de M. de Sobradinho
 CONFERE COM ORIGINAL
 André R. Montenegro
 Coordenador

LAUDO MÉDICO

RELATO DE FRISANDRA
VIEIRA DE CASIMIRO sobre
ACIDENTE DE TRÂNSITO OCOR-
RIDO NO DIA 12/3/2017
COM FRATURA TRANSVER-
SÁRIA DE FÊMUR F
E BIÓDIPEDADO COM
PLACA + PNA HW; ATUA-
LMENTE CONDUZIDO;
PORTA COM LIMITA-
ÇÃO DOS MOVIMENTOS P/



MULTIMED

DR. EDSON LOPES
ORTOPEDIA
CRM 10.498

DR. HERNANI CAMPOS
ORTOPEDIA
CRM 10.498

CL. ANAOLIA SARAYA
FISIOTERAPIA
CRM 10.498

Ed. Conceição, 300

ALTO LOPES, 100 - FLORES - SÃO CARLOS - SP
03510-000 - 1921-1122 - 1921-1123 - 1921-1124

UNIÃO SEGURADORA

02 AGO 2017

HE AD, ABRIL, COM
CD EXTERNA E INTER-
NA DO QUADRO E,
E ESTA DE BUA DEF-
NIDU DO MATRIL
DATA DE MCO

12/06/2017
Dr. Jose Ferreira L. O. L.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - LE 4920
CPF - 378.930.503-06

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

UNIÃO SEGURADORA

02 AGO 2017

HOSPITAL REGIONAL UNIMED DE SOBRAL
Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Hospital

Unimed

Sub-or

FICHA DE INTERNAÇÃO

PRONTUÁRIO:63316

RA:2017022566

DATA:04/04/2017

PACIENTE ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

SEXO:Masculino

NASCIMENTO:11/07/1971

IDADE:45 Ano(s)

EST. CIVIL: CASADO

NOME DA MÃE:MARIA RAIMUNDA DO NASCIMENTO

ENDEREÇO:RUA SÍTIO RIACHO, NPSN, ZONA RURAL

SARRO-CENTRO

CIDADE:VICOSA DO

FONE:9892357180

CEARA

CONVÊNIO:PARTICULAR

PLANO: BÁSICO / ENFERMARIA

DADOS DO ACOMPANHANTE

NOME:JOSE ANTONIO VIEIRA DE CASTRO

DOC:

PORE:

Q38

PARTICULAR

DADOS DA INTERNAÇÃO

MÉDICO ASSISTENTE:JOSE HERNANI DO JORJA

CRM:4920

UNIDADE:UNIDADE CIRÚRGICA

QUARTO:04

LEITO:008

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

Dr. José Hernani E. O. J.
Cirurgião - Urologia
CRM: 4920
CPF: 375.926.103-08

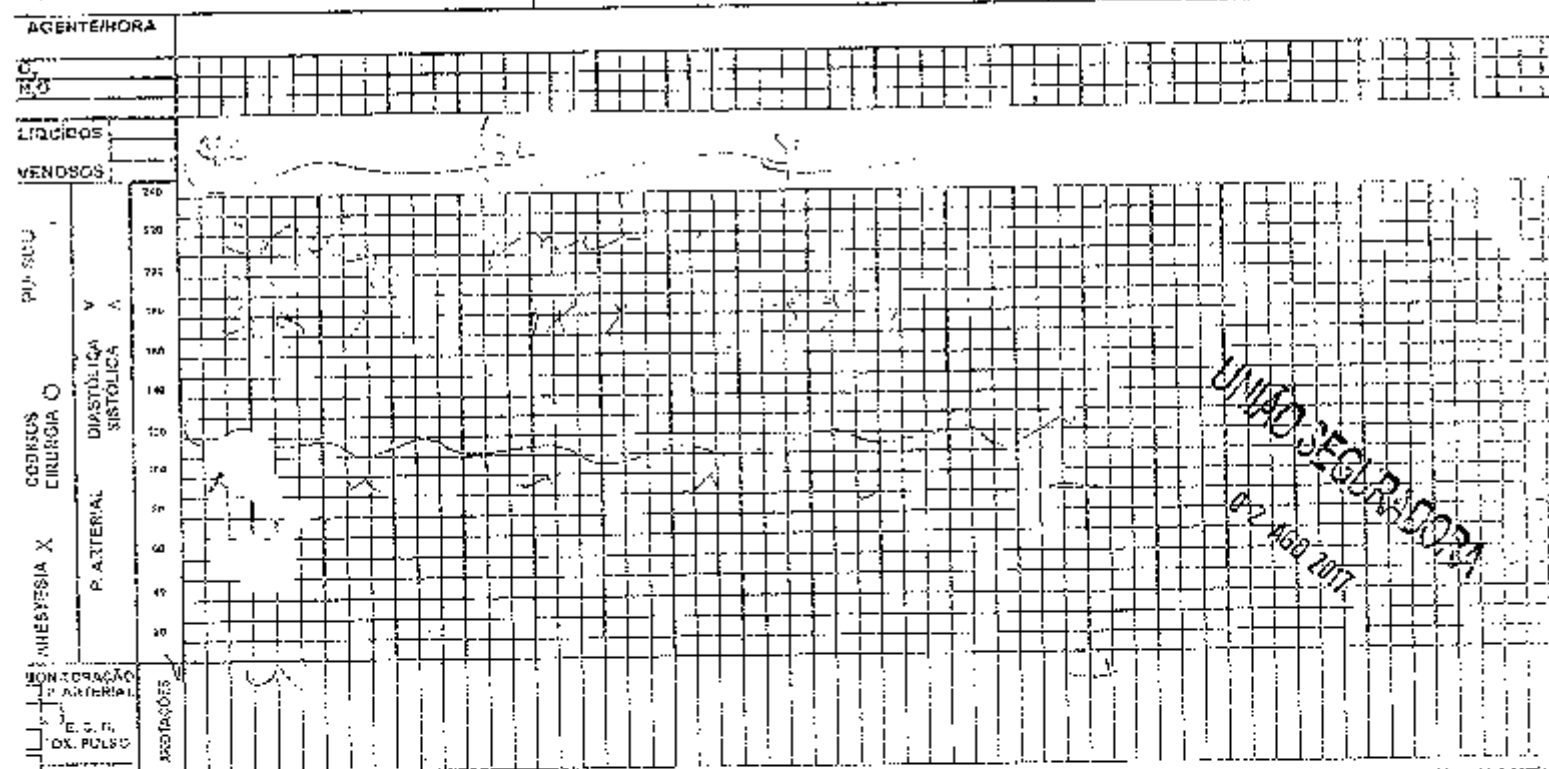
Dr. José Hernani E. O. J.
Cirurgião - Urologia
CRM: 4920
CPF: 375.926.103-08

RELATÓRIO DE ANESTESIA

Hospital Unimed Sobral
www.unimedsobral.com.br
Rua Aníbal Andrade, 370 - Centro/Sobral - CE
T: (86) 3152.3300



Nome: <u>Edimar Lima de Brito</u>		Endereço:	
Cidade: <u>Sobral</u>	Fone:	ETIQUETA:	Data da Admissão: <u>07/03/17</u> Hora:
Data da Alta Hospitalar:	Hora:	Reg:	Apel:
Leito:	Diagnóstico:	Médico Assist:	Peso: <u>59kg</u> Altura:
PRESSÃO ARTERIAL: <u>110/75</u>	PULSO: <u>82</u>	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:
ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐		RISCO CIRÚRGICO (GOODMAN): Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III ☐ Grau IV ☐	
EXAMES COMPLEMENTARES:			
AP. RESPIRATÓRIO:		AP. CIRCULATÓRIO:	
AP. DIGESTIVO:		ESTADO MENTAL:	
PRE-ANESTÉSICO DROGA/HORA:		DROGAS EM USO:	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:		ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 6	
CIRURGIA REALIZADA: <u>TRANSFERRIDA PARA OUTRO SERVIÇO</u>			
CIRURGIÃO: <u>DR. HENRIQUE</u>		AUXILIARES:	
INÍCIO DA ANESTESIA:		TÉRMINO DA ANESTESIA:	
DURAÇÃO DA ANESTESIA:			



UNIMED SOBRAL
07/03/2017

ANESTESIA GERAL ☐	RAQUIDIANIA ☐	SPIDURAL ☐	BLOCO FLEXO ☐	BLOCO NERVOS ☐	OUTROS ☐
TÉCNICA: <u>RAQUIDIANIA</u>					
LÍQUIDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLICOSE	Volume em ml	1	<u>BLOQUEIO</u>		
NaCl		2	<u>PROPOFOL</u>		
SANGUE		3	<u>ROPIVACAÍNA</u>		
RINGER		4			
TOTAL		5			
DESTINO DO PACIENTE		APÓS ☐ ENFERM. ☐ SRPA ☐ LTI ☐ OUTROS ☐			
SRPA	PA:	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	SpO ₂ :	
ASSINATURA / ANESTESISTA: <u>[Signature]</u>					

Descrição de Cirurgia

Nome: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
Sexo: O-Masculino
Médico: 4920 - JOSE HERNANI C O JUNIOR
Cov/Pla: PARTICULAR - BÁSICO / ENFERMARIA

Prontuário: 63315
Ra: 2017022558
Idade: 46 Ano(s)
U/Q/L: P 1.E4.108

Diagnóstico pré operatório: FRATURA DO FEMUR

Cirurgia Proposta: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FEMUR ESQUERDO

Acesso Cirúrgico: ABERTA

Localização: MMII

Cirurgia Realizada: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FEMUR ESQUERDO

Diagnóstico pós operatório: FRATURA DO FEMUR

Data: 04/04/2017

Horário Início: 19:30

Horário Término: 22:30

Equipe Cirúrgica

Cirurgião: JOSE HERNANI C O JUNIOR

Auxiliar1:

Auxiliar2:

Auxiliar3:

Anestesista: RICARDO REGIS A MONTALVENE

Perfusionista:

Instrumentador: MARCOS ALAN GOMES

Descrição da Cirurgia: 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2- ANTISSEPSE E ASSEPSE
3- INCISÃO LATERAL NA SUTURA DO TROCANTER MAIOR
4- DIERSEPOR PLANOS
5- ACHADO: FRATURA DE TRANSTROCANTÉRICA CONSOLIDADA DO FEMUR DIREITO
6- REDUZIDO A FRATURA E FIXADO PLACA TUBO E PARAFUSO DESLIZANTE - PARAFUSO CORTICAL
7- LAVAGEM DO FERIMENTO COM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%
8- APOSIÇÃO DE DRENO DE SUÇÃO 6.4
9- SUTURA POR PLANOS
10- CURATIVO.

Intercorrências:

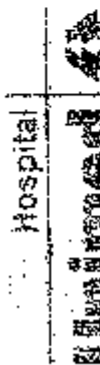
Dx. José Hernani C. O. Junior
Otorrinolaringologista
CRM- 348.250-5
R. 100 - 100 - 100 - 100

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

ASSINATURA/CARIMBO:

Prontuário: 63315/2017022558
Serviço:
Convênio: PARTICULAR

ESTADO DO CEARÁ
HOSPITAL UNIMED SOBRAL
HRU - Rua Anália Anacleto, 370 - Centro - FICMU - Av. Dom José, 472 - Sobral - Ce - Fone: (85) 3112-3300



Sobral

Sexo: Masculino
Localização: P 1-E4.108
SC:

Data de Nascimento: 11/07/1971 - 45 Ano(s) e 8 Mes(es)

Paciente: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO
Médico assistente: JOSÉ HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR

Data Internação: 04/04/2017 Dias Internação: 1

Peso: Peso Kcal: IMC:

PRESCRIÇÃO MÉDICA - 04/04/2017, 21:00 / 05/04/2017, 14:00

CÓDIGO	DIA	PRESCRIÇÃO	DOSE	INTERVALO	VIA	HORÁRIOS
667	00	1 - Dieta - DIETA LIVRE VO			VO	
704	00	2 - CEFALOTINA (KEFLIN) - 1 GR - FA DILUIR EM 10ML DE AQ.		6/6 HORAS	FV	00:01, 06:01, 12:01
1405	00	3 - CETOPROFENO (PROFENID) - 100 MG - FRASCO AMP. DILUIR EM 100ML DE SORO FISIOLÓGICO.	1 FIA	12/12 HORAS	EV	00:30 NI, 12 NI
760	00	4 - DIFIRONA SÓDICA (DIFIRONA) - 300MG/ML - 2 ML - AMP DILUIR EM 10ML DE AQ.		8/6 HORAS	EV	00:01, 06:01, 12:01
1120	00	5 - ENOXAPARINA SÓDICA (CLEXANE) - 40 MG/0.4ML - 0.4ML - SER		1 X AO DIA (NOITE)	SC	00:30 NI
1066	00	6 - OMEPRAZOL (OMEPRAZOL) - 40 MG - FA 7 - SULFATO DE MORFINA 10 MG/ML (MORF) - AMPOLA APLICAR 0.5 CC SE DORES FORTES.		1 X AO DIA (MANHÃ) SE NECESSÁRIO	EV SC	00:01
		8 - Sinais vitais SINAIS VITAIS (FR, PA, PULSO, TEMP) - 8/8 HORAS		8/8 HORAS		22:01, 06:01
		9 - REALIZAR CURATIVO MÉDIO COMUNICAR MÉDICO O J ENFERMEIRO, SE SANGRAMENTO ABUNDANTE.		1 X AO DIA (MANHÃ)		10 NI

UNIMED SOBRAL
02 AGO 2017

JOSÉ HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM 272.930-503-06

LEGENDA: R - Realizado N - Não Realizado S - Suspensão NI - Não Informado

Prescritor

JOSÉ HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - 4920

ERISMAR V. DE CASTRO

RX DE QUADRIL E[AP/P]
HD:OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE QUADRIL E

SOBRAL 18 DE MAIO DE 2017

UNIÃO SEGURODORA
02 AGO 2017

PRONTUÁRIO: 63315

RA: 2017022558

NOME: **ERISMAR VIEIRA DE CASTRO**

ENDEREÇO: RUA SÍTIO RIACHO, SN.

BAIRRO: CENTRO.

COMPLEMENTO: ZONA RURAL

CEP: 62300000.

MUNICÍPIO: VICOSA DO CEARÁ - 231410

UF: CE

NASCIMENTO: 11/07/1971 - 46 Anos e 11 Mes(es)

SEXO: Masculino

ENTRADA: 19/06/2017 - 16:53

04/04/2017 - 11:17 (04/04/2017 - 11:17 - NATÁLIA QUEIROZ LIRA - COREN - 267211)

INTERNADOS

Paciente admitido no posto de enfermagem para a realização de procedimento cirúrgico, fratura de fêmur, o mesmo encontra-se calmo, consciente, acordado, eupneico, afebril, normocorado, hidratado, verbalizando, nega alergias, HAS e DM, segue no leito aos cuidados de enfermagem.

04/04/2017 - 13:51 (04/04/2017 - 13:51 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Paciente encontra-se em repouso no leito, acordado, consciente, responsivo, ativo, hipocorado, diurese presente, em dieta zero, segue aguardando cirurgia.

04/04/2017 - 17:20 (04/04/2017 - 17:21 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Pulsionado acesso venoso no MSD com jato n:20 na 1 tentativa, instalado soro glicofisiológico em seguida administrado medicação dipirona conforme prescrição médica.

04/04/2017 - 19:01 - CONCEIÇÃO DE MARIA PAIVA OLIVEIRA - COREN - 383736 (04/04/2017 - 19:01 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Paciente transferido para o centro cirúrgico

05/04/2017 - 02:59 (05/04/2017 - 03:09 - JULIANA DA SILVA FREITAS - COREN - 886209)

INTERNADOS

Em tempo às 19:10 Paciente adentrou a unidade cirúrgica para submeter-se ao procedimento cirúrgico fratura Trocântica em MIE com Dr. Hernani. Veio em maca, orientado quanto ao procedimento a ser realizado, sem queixas. Admitido na SO 01, posicionado em mesa cirúrgica veio da enfermaria com AVP em MSD em manutenção com SG, foi monitorizado. SSVV: SpO2: 97% FC: 86 bpm, PA: 115x78.

Em tempo 19:20 Paciente submetido a anestesia de raqui, procedimento realizado com Dr. Régis com sucesso e sem intercorrências. SSVV: SpO2: 96% FC: 84 bpm, PA: 107x73.

Em tempo 19:30 Realizado antissepsia e assepsia no MIE com povidine degermante e antissepsia com álcool iodado, colocado paciente na posição, posicionado campos cirúrgicos e iniciado procedimento cirúrgico sem intercorrências. SSVV: SpO2 97%, FC: 88bpm, PA: 116x77.

Em tempo 21:20 Finalizado procedimento cirúrgico com sucesso, materiais, instrumentais e compressas conferidos e corretos, logo após, realizado curativo limpo com SF, gazes e micropore no local de incisão cirúrgica. Instalado dreno de sucção de nº 6,4. SSVV: SpO2: 97%, FC: 83bpm, PA: 113x75.

Em tempo 21:40 Paciente transferido para enfermaria POSTO I, em maca, orientado e sem queixas algicas. Recebido pela equipe de enfermagem com AVP funcionando mantido em HV e curativo compressivo em incisão cirúrgica e dreno de sucção em débito com secreção sanguinolenta. Realizado ATB profilaxia no transoperatório SSVV: SpO2: 99%, FC: 82bpm, PA: 110x70.

ANA ALINE DE SOUSA ALBUQUERQUE, 19/06/2017, 16:53

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

RA:2017022658

PRONTUARIO: 63315

NOME: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

ENDEREÇO: RUA SÍTIO RIACHO, SN.

BAIRROCENTRO.

COMPLEMENTO: ZONA RURAL

CEP 62000000.

MUNICÍPIO: VICOSA DO CEARÁ - 231410.

UF CE

NASCIMENTO: 11/07/1971 - 45 Ano(s) e 11 Mes(es)

SEXO Masculino

ENTRADA: 19/06/2017 - 16:53

05/04/2017 - 03:25 (05/04/2017 - 03:25 - CONCEICAO DE MARIA PAIVA OLIVEIRA - COREN - 383735)

INTERNADOS

Em tempo 21:40 Paciente veio do CC, em maca, orientado e sem queixas agudas. Recebido pela equipe de enfermagem com AVP SORODIFICADO, e curativo compressivo em incisão cirúrgica e dreno de sucção em débito com secreção sanguinolenta, FC: 82bpm, PA: 110x70.

05/04/2017 - 05:14 (05/04/2017 - 05:16 - CONCEICAO DE MARIA PAIVA OLIVEIRA - COREN - 383735)

INTERNADOS

ELIMINADO 320 ML DO DRENO DE SECREÇÃO SANGUINOLENTA

05/04/2017 - 09:44 - ALINE PINTO VIANA - COREN - 617605 (06/04/2017 - 07:40 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Cliente no leito semi-sentado, calmo, orientado em tempo e espaço, responsivo, ativo, hipocorado, nega algia no momento, aceita a dieta oferecida, abdome flácido, diurese presente, curativo limpo, com dreno de sucção, escalpe heparenizado para uso de medicação.

05/04/2017 - 13:34 (05/04/2017 - 13:34 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Paciente encontra-se em repouso no leito, acordado, consciente, responsivo, ativo hipocorado, nega algia no momento, aceita a dieta oferecida, abdome flácido, diurese presente, com dreno de sucção, escalpe heparenizado para uso de medicação, curativo limpo.

05/04/2017 - 17:12 (06/04/2017 - 17:13 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Realizado troca de curativo.

05/04/2017 - 17:26 (05/04/2017 - 17:26 - ANA CRISTINA MESQUITA FERNANDES - COREN - 412072)

INTERNADOS

Paciente apresentando retenção urinária realizado cateterismo vesical de alívio, drenou 1,500ml de diurese de cor amarelo concentrado, segue aos cuidados da enfermagem.

05/04/2017 - 19:21 (05/04/2017 - 19:21 - MARIA DO SOCORRO SOUZA DA SILVA - COREN - 641347)

INTERNADOS

Cliente encontra se em repouso no leito calmo, eupneico, afébril, normocorado, normotenso, verbalizando, consciente orientado na companhia de familiares, em abocath sorodificado para infusão de medicação endovenoso com AVP em MSE, aceita a dieta conforme a prescrição, diurese ausente até o momento, apresenta curativo limpo em MIE com presença de dreno de sucção eliminando secreção sanguinolenta, sem demais alteração segue aos cuidados da equipe.

06/04/2017 - 06:02 (06/04/2017 - 06:03 - MARIA DE FATIMA DINIZ - COREN - 662787)

ANA ALINE DE SOUSA ALBUQUERQUE, 19/06/2017, 16:53

UNIAO SEGURADORA
02 AGO 2017

PRONTUÁRIO: **63315**

RA: **2017022568**

NOME: **ERISMAR VIEIRA DE CASTRO**

ENDEREÇO: **RUA SÍTIO RIACHO, SN.**

BAIRRO CENTRO.

COMPLEMENTO: **ZONA RURAL**

CEP 62300000

MUNICÍPIO: **VICOSA DO CEARÁ - 231410**

UF CE

NASCIMENTO: **11/07/1971 - 45 Ano(s) e 11 Mes(es)**

SEXO Masculino

ENTRADA **19/06/2017 - 16:53**

INTERNADOS

Débito dreno de sucção = 50 ml.

Téc. Fátima - coren 930154.

06/04/2017 - 10:31 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920 (06/04/2017 - 10:35 - ALINE PINTO VIANA - COREN - 817005)

- INTERNADOS

Cliente permanece no leito, em ar ambiente, calmo, afebril, eupáxico, normotenso

06/04/2017 - 10:48 (06/04/2017 - 10:48 - ALINE PINTO VIANA - COREN - 817005)

INTERNADOS

Cliente segue no leito, sentado, em ar ambiente, calmo, consciente, afebril, corado, higienizado, cooperativo, abdomen flácido, retirado dreno de sucção e renovado curativo, acesso venoso funcionante em MSE sólificado, aceita dieta ofertada, diurese presente, sem evacuar, segue com bom estado geral.

06/04/2017 - 12:02 (06/04/2017 - 12:02 - SHEYLA SOUSA MESQUITA - COREN - 196920)

INTERNADOS

Retirado acesso venoso em seguida evolui com alta médica.

UNIÃO SEGURADORA
02 ABO 2017

Hospital
Unimed
Sobral

HOSPITAL REGIONAL UNIMED SOBRAL
HOSPITAL DA CRIANÇA E DA MULHER
Rua Anahid Andrade, 370 - Centro - Sobral - CE
Av. Dom José, 472 - Centro - Sobral - CE Tel: (88) 3112-3300

RA: 2017022558

PRONTUARIO: 63315

NOME:

ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

ENDREÇO:

RUA SÍTIO RIACHO, SN.

BAIRROCENTRO.

COMPLEMENTO:

ZONA RURAL

CEP 62300000.

MUNICÍPIO:

VICOSA DO CEARÁ - 231410.

UF CE

NASCIMENTO:

11/07/1971 - 45 Anos(es) e 11 Mes(es)

SEXO Masculino

ENTRADA

19/06/2017 - 16:54

05/04/2017 - 09:17 - JOSÉ HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM - 4920 (NÃO ASSINADA)

INTERNADOS

DIA 4/4/17-PO IMEDIATO DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FÊMUR E, COM 30 DIAS DO INÍCIO DO TRAUMA, COM JÁ EM CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, SEM INTERCORRÊNCIAS

DIA 5/4/17-1º PO DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE QUADRIL E COM PLACA DHS E PARAFUSO, DOR MODERADA. DRENO COM 320ML

DIA 6/4/17-2º PO DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FÊMUR E COM PLACA E PARAFUSO, DRENO COM 50ML E NÃO MAIS FUNCIONANTE, DOR LEVE, DEVERÁ TER ALTA PARACASA E REVISÃO EM 45 DIAS NA CLÍNICA

Dr. José Hernani C. O. Jr.
CRM 4920 - R. 130-50-128

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

RA: 2817022558

Paciente: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO

Data de nascimento: 11/07/1971

Sexo: Masculino

Convênio: PARTICULAR

Alta

Saida: 06/04/2017 - 08:40

Motivo da saída: LIBERADO

CID internação:

CID principal:

CID secundário:

Observação:

PACIENTE FOI OPERADO DE UMA FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FÊMUR E COM 30 DIAS DO INÍCIO DO TRAUMA, E FOI FEITO A CORREÇÃO DO ENCURTAMENTO, ROTAÇÃO EXTERNA E DEVERÁ TER RETORNO NA CLÍNICA COM 45 DIAS.

X

Dr. José Medeiros C. O. B.
Unimed - Sobral
CRM - 12.8906
CPF - 078.930.207-08

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 9273.7914 | 3611.4018

PACIENTE: ERISMAE VIEIRA DE CASTRO

TIPO DE CIRURGIA: _____

MATRÍCULA: _____ CONVÊNIO: VALICOMAR DATA: 08.04.2011

PROCEDIMENTO: FGA 0124 TRANSPORTE CANCELADA FGA 0124

CIRURGIÃO: DR. HEENAN 1

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

[illegible]

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA

COND. P/PAGTO.:	MO:	TOTAL:	
-----------------	-----	--------	--

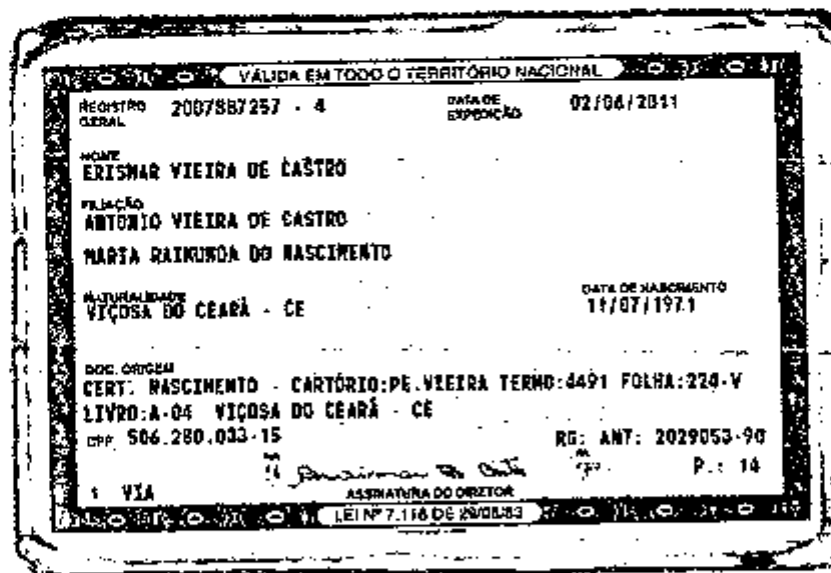
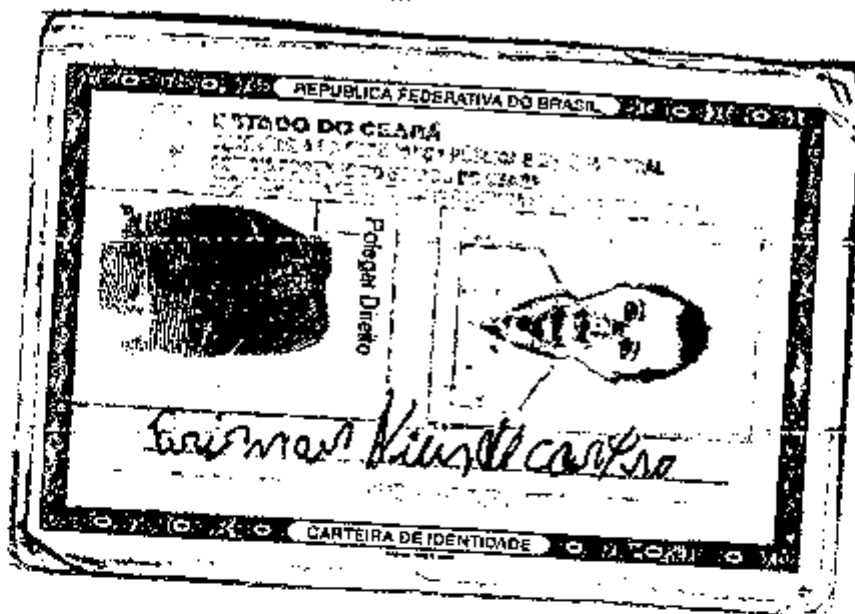
OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Marcos Alan
ENFERMEIRO
COREN - 354636

2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030
 2031
 2032
 2033
 2034
 2035
 2036
 2037
 2038
 2039
 2040
 2041
 2042
 2043
 2044
 2045
 2046
 2047
 2048
 2049
 2050
 2051
 2052
 2053
 2054
 2055
 2056
 2057
 2058
 2059
 2060
 2061
 2062
 2063
 2064
 2065
 2066
 2067
 2068
 2069
 2070
 2071
 2072
 2073
 2074
 2075
 2076
 2077
 2078
 2079
 2080
 2081
 2082
 2083
 2084
 2085
 2086
 2087
 2088
 2089
 2090
 2091
 2092
 2093
 2094
 2095
 2096
 2097
 2098
 2099
 2100
 2101
 2102
 2103
 2104
 2105
 2106
 2107
 2108
 2109
 2110
 2111
 2112
 2113
 2114
 2115
 2116
 2117
 2118
 2119
 2120
 2121
 2122
 2123
 2124
 2125
 2126
 2127
 2128
 2129
 2130
 2131
 2132
 2133
 2134
 2135
 2136
 2137
 2138
 2139
 2140
 2141
 2142
 2143
 2144
 2145
 2146
 2147
 2148
 2149
 2150
 2151
 2152
 2153
 2154
 2155
 2156
 2157
 2158
 2159
 2160
 2161
 2162
 2163
 2164
 2165
 2166
 2167
 2168
 2169
 2170
 2171
 2172
 2173
 2174
 2175
 2176
 2177
 2178
 2179
 2180
 2181
 2182
 2183
 2184
 2185
 2186
 2187
 2188
 2189
 2190
 2191
 2192
 2193
 2194
 2195
 2196
 2197
 2198
 2199
 2200
 2201
 2202
 2203
 2204
 2205
 2206
 2207
 2208
 2209
 2210
 2211
 2212
 2213
 2214
 2215
 2216
 2217
 2218
 2219
 2220
 2221
 2222
 2223
 2224
 2225
 2226
 2227
 2228
 2229
 2230
 2231
 2232
 2233
 2234
 2235
 2236
 2237
 2238
 2239
 2240
 2241
 2242
 2243
 2244
 2245
 2246
 2247
 2248
 2249
 2250
 2251
 2252
 2253
 2254
 2255
 2256
 2257
 2258
 2259
 2260
 2261
 2262
 2263
 2264
 2265
 2266
 2267
 2268
 2269
 2270
 2271
 2272
 2273
 2274
 2275
 2276
 2277
 2278
 2279
 2280
 2281
 2282
 2283
 2284
 2285
 2286
 2287
 2288
 2289
 2290
 2291
 2292
 2293
 2294
 2295
 2296
 2297
 2298
 2299
 2300
 2301
 2302
 2303
 2304
 2305
 2306
 2307
 2308
 2309
 2310
 2311
 2312
 2313
 2314
 2315
 2316
 2317
 2318
 2319
 2320
 2321
 2322
 2323
 2324
 2325
 2326
 2327
 2328
 2329
 2330
 2331
 2332
 2333
 2334
 2335
 2336
 2337
 2338
 2339
 2340
 2341
 2342
 2343
 2344
 2345
 2346
 2347
 2348
 2349
 2350
 2351
 2352
 2353
 2354
 2355
 2356
 2357
 2358
 2359
 2360
 2361
 2362
 2363
 2364
 2365
 2366
 2367
 2368
 2369
 2370
 2371
 2372
 2373
 2374
 2375
 2376
 2377
 2378
 2379
 2380
 2381
 2382
 2383
 2384
 2385
 2386
 2387
 2388
 2389
 2390
 2391
 2392
 2393
 2394
 2395
 2396
 2397
 2398
 2399
 2400
 2401
 2402
 2403
 2404
 2405
 2406
 2407
 2408
 2409
 2410
 2411
 2412
 2413
 2414
 2415
 2416
 2417
 2418
 2419
 2420
 2421
 2422
 2423
 2424
 2425
 2426
 2427
 2428
 2429
 2430
 2431
 2432
 2433
 2434
 2435
 2436
 2437
 2438
 2439
 2440
 2441
 2442
 2443
 2444
 2445
 2446
 2447
 2448
 2449
 2450
 2451
 2452
 2453
 2454

Statistical Consulting Unit, University of York, YO1 5DD, UK

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE LIUS EUFRASIO FARIAS NETO EPP AV DOM JOSE TUPINAMBA DA FROTA, 661 - ALTO DO CRISTO 62020-720 SOBRAL - CE		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA 000.005.085 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 23170407827654000178550010000030831201704062 Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 123170019637785 06/04/2017 08:25:57										
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.192.431-8		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT 07.827.664/0001-78										
DESTINATÁRIO (REMETENTE) NOME / RAZÃO SOCIAL COOP. TRAB. MED. HOSPITAL UNIMED DE SOBRAL ENDEREÇO RUA ANAHID DE ANDRADE, 370 MUNICÍPIO SOBRAL		CNPJ / CEP 07.649.106/0002-40 CEP 62011-000		DATA DA EMISSÃO 06/04/2017 DATA DA SAÍDA 06/04/2017 HORA DA SAÍDA 08:27:00										
CÁLCULO DO IMPOSTO														
BASE CÁLC. ICMS 0,00		VALOR ICMS 0,00		BASE CÁLC. ICMS ST 0,00										
VALOR ICMS ST 0,00		VALOR ICMS ST 0,00		TOTAL DOS PRODUTOS 1.957,50										
VALOR FRETE 0,00		VALOR SEGURO 0,00		VALOR DESCONTO 157,50										
OUTRAS DESP. 0,00		VALOR IPTU 0,00		VALOR APROX. TRIB. 414,99										
TOTAL DA NOTA 1.800,00														
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS														
NOME / RAZÃO SOCIAL 0-EMITENTE		CUNHO ANTT 0-EMITENTE		PLACA DO VEIC. 00										
ENDEREÇO 00		MUNICÍPIO 00		INSCRIÇÃO ESTADUAL 00										
QTD. UNIDADE 00		ESPÉCIE 00		MARCA 00										
NUMERAÇÃO 00		PESO BRUTO 00		PESO LÍQUIDO 00										
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
QUANT.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.	NUM. INSC.
289	PLACA ALTO DINAMICA 135 EUROS 3	90211020	0500	5403	UN	1	1.800,00	1.800,00	0,00	0,00	0	381,60		
154	PARAFUSO DESLIZANTE II- 80 MM	90211020	0500	5403	UN	1	103,32	103,32	0,00	0,00	0	21,90		
30	PARAFUSO CORTICAL 4,5 X 33 MM - PONTA "ST"	90211020	0500	5403	UN	2	18,06	36,12	0,00	0,00	0	7,56		
41	PARAFUSO CORTICAL 4,5 X 40 MM PONTA ST	90211020	0500	5403	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	0	8,85		
DADOS ADICIONAIS														
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACI: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO DATA: 04-04-17 DR: HERNANI CONTY: PARTICULAR INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: PAF Requisito XI Item 1c. 7A9F4B6C4418355E5F6B6F73B83FEF07E				RESERVADO AO FISCO										
Unifre NF-e Open System www.unifre.com.br														
Gerado em 06/04/2017 às 08:26 pela Unifre NF-e 1.0.3.1 Free www.unifre.com.br														
RECEBAMOS DE LIUS EUFRASIO FARIAS NETO EPP OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AQUI ABaixo EMISSÃO: 06/04/2017 VALOR TOTAL: 1.800,00 DESTINATÁRIO: COOP. TRAB. MED. HOSPITAL UNIMED DE SOBRAL - RUA ANAHID DE ANDRADE, CENTRO, 661 - 62011-000-SOBRAL-CE DATA DO RECEBIMENTO: IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR					NF-e 000.005.085 SÉRIE 1									



UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

DOCUMENTO 3 "T396"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE SEGURANÇA SOCIAL

ANTONIO FABIO DE ARAUJO



RG: 2001099019843 SSP CE

CPF: 008.892.523-90 DATA NASCIMENTO: 10/08/1984

Nome: LUÍS GONZAGA DE ARAUJO

LOCILIDADE MORTA DA: SILVA ARAUJO

PROFISSÃO: ACC. C.E. 2

Nº FICHA: 03822483100

VALIDADEZ: 28/01/2018

VALIDADEZ: 28/06/2013

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Antonio Fabio de Araujo

LOCAL DE RESIDÊNCIA: PIAROVA, CE

DATA EMISSÃO: 10/07/2014

Luís Fábio de Araujo
Ass. Nacional de Identificação

50059724558
CEI42858743

PRODUTO PLASTIFICAR 959289861

UNIÃO SEGURADORA
02 AGO 2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170437478 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO **Data do acidente:** 12/03/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DO MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170437478 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO **Data do acidente:** 12/03/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de fêmur esquerdo + TCE

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170437478 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERISMAR VIEIRA DE CASTRO **Data do acidente:** 12/03/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DO MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: Erismar Vieira de Castro
 Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro
 Profissão: agricultor
 Identidade: 2007887257-4 CPF: 506.280.033-15
 Endereço: St. Campo Comprido Bairro: rural
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

PROCURADOR:

Nome: Antônio Fábio de Araújo
 Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: divorciado
 Profissão: autônomo
 Identidade: 2001099071843 CPF: 006.892.523-90
 Endereço: Tr. Lamartine Nogueira Bairro: São Francisco
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

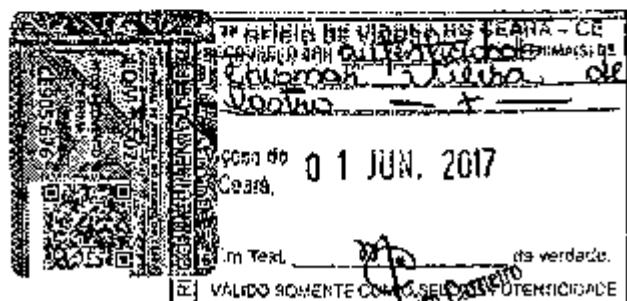
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Erismar Vieira de Castro

Vicosa - Ce, 01 de junho de 2017.
 Local e data

Erismar Vieira de Castro

Assinatura do Beneficiário/Vítima
 (reconhecer firma por autenticidade)



Maria Mary de Oliveira
 Escrevente

UNIAO SEGURADORA
 02 AGO 2017