ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DE VARA ÚNICA

CARTA DE INTIMAÇÃO

"Válida somente com o selo de autenticidade"

Senador Pompeu/CE, 31 de agosto de 2018.

Prezado(a) Senhor(a),

Cumprindo determinação deste Juízo, e conforme portaria nº 12/2018, pela presente, nos autos do Procedimento Ordinário, tombado nesta Secretaria sob o nº 0000269-57.2018.8.06.0166/0 (7610/18), que tem como requerente, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA, e, requerido, SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, empresa com sede à rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205);

1. **INTIME** o requerido, **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, para ***no prazo de 10 (dez) dias, manifestar sobre a possibilidade e disponibilidade de realizar o pagamento dos honorários periciais, os quais, desde já, arbitro em R$ 200,00 (duzentos reais)***, *conforme despacho de fls. 50, cuja cópia segue anexa, advertindo-a do prazo que passa a contar a partir da juntada do AR aos autos respectivos.*

Atenciosamente;

DIGITALIZAÇÃO
30 OUT 2018
IMPRESSORA 1

Jacqueline Frota de Sá Carneiro
Supervisora de Secretaria

Ao requerido
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro,
Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

SELO DE AUTENTICIDADE
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
DHX
AUTENTICAÇÃO
AE 3.199.624

SEGURADORA LIDER DPVAT 17 30/10/2018 10:39 - 00000007336

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Senador Pompeu
Vara Única da Comarca de Senador Pompeu
Rua Marcionílio Gomes de Freitas, S/N, Centro - CEP 63600-000, Fone: (88) 3449-1141, Senador Pompeu-CE -
E-mail: senadorpompeu@tjce.jus.br

50

DESPACHO

Processo nº:	**0000269-57.2018.8.06.0166**
Classe – Assunto:	**Procedimento Comum - Seguro**
Requerente:	**Francisco Evaldo Bernardo de Lima**
Requerido:	**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Defiro a gratuidade judiciária.

A prova pericial é indispensável à instrução e julgamento de feitos dessa natureza, sendo certo que o(a) autor(a) não tem condições de arcar com os custos para a realização do exame pericial, pois que litiga sob os auspícios da Justiça gratuita.

Verifico ser possível a aplicação analógica da Recomendação Conjunta 01 de 15 de novembro de 2015 do CNJ, que dispõe sobre a adoção de procedimentos uniformes nas ações judiciai que envolvam a concessão de benefícios previdenciários de aposentadoria por invalidez, auxílio-doença e auxílio-acidente, antecipando-se parcialmente a fase probatória e invertendo-se a ordem da produção da prova para o fim de determinar de ofício, antes mesmo da citação, a realização da prova pericial, tudo como medida de economia processual, possibilitando, inclusive, a solução rápida e pacífica do conflito, a qual deve ser sempre promovida e estimulada pelo Juiz, providências estas que encontram respaldo legal, entre outros, nos seguintes dispositivos: Art. 5º, inciso LXVIII da CF e Arts. 139, incisos II e V e 370, ambos do NCPC.

Não se pode olvidar que a possibilidade da adoção de tal procedimento vem prevista expressamente no Novo Código de Processo Civil (Arts. 381, inciso II e 361).

Sendo assim, determino, antes mesmo da citação, a intimação do requerido, através de carta com aviso de recebimento, para se manifestar, no prazo de 10 (dez)dias, sobre a possibilidade e disponibilidade de realizar o pagamento dos honorários periciais, os quais, desde já, arbitro em R$ 200,00 (duzentos reais).

Acrescento que, havendo disponibilidade da parte requerida para o pagamento dos honorários acima mencionados, estes deverão ser depositados em conta à disposição desse juízo, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, sendo certo que os exames periciais serão realizados em regime de mutirão, reunindo vários processos, em um só dia, de forma a garantir maior celeridade e efeito prático no andamento de processos como o ora tratado.

Senador Pompeu, 28 de agosto de 2018.

Mikhail de Andrade Torres
Juiz de Direito

YAGO PINHEIRO
ADVOGADO

Fls. 02

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SENADOR POMPEU ESTADO DO CEARÁ

269-57.2018

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA, brasileiro, casado, portador do RG de nº 2529699-92, inscrito com o CPF de nº 891.745.183-72, residente e domiciliado no sítio Santo Antônio, s/n, Senador Pompeu-CE, por meio de seu procurador que a esta subscreve, com endereço profissional a Rua Leonel Vale, nº 15, Centro, Senador Pompeu-CE, onde receberá intimações e demais comunicações, vem, respeitosamente perante Vossa Excelência, com fulcro na Lei nº 6.194/74 e Decreto-Lei nº 73/66, propor:

AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGUROS DPVAT S/A**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º andar, Centro – Rio de Janeiro / RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, pelos fatos e fundamentos jurídicos que passa a expor:

Rua: Leonel Vale, nº 15 – Senador Pompeu – CE | 88.99960-5937 | yagopinheiroadv@gmail.com

Scanned with CamScanner

Fls 03

I. DA JUSTIÇA GRATUÍTA

De início, requer sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita nos termos da Lei nº 1.060/50 e da Lei nº 7.115/83, por não possuir meios capazes de suportar as despesas de um processo judicial, sem prejuízo próprio ou da família, para que assim não veja vencida a satisfação de seus Direitos, para tanto, apresenta declaração de pobreza que vai anexo juntamente com o instrumento procuratório.

II. DOS FATOS

O Promovente envolveu-se em acidente de trânsito no dia 10/04/17, por volta das 11:45H, na Av. Franco Magalhães, o mesmo conduzia motocicleta de placa NUZ3768, quando um outro motociclista colidiu em sua motocicleta, vindo ao solo.

Informa que foi socorrido por populares e foi levado ao Hospital Municipal de Senador Pompeu-CE.

O Promovente necessitou de cuidados emergenciais e hospitalares, conforme consta na ficha de ocorrência do hospital, pois em decorrência do acidente sofreu uma fratura na mandíbula, necessitando de cirurgia.

O requerente não foi atendido por nenhum órgão de atendimento de emergência, tendo em vista a escassez desses órgãos em sua cidade, tendo que ser socorrido por populares e levado até o hospital Municipal.

A Promovente deu entrada no pedido de liberação do seguro DPVAT, tendo sido o último liberado no dia 27 de Outubro de 2017. Entretanto, o valor do seguro disponibilizado foi de apenas R$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais), mesmo tendo sofrido uma lesão grave, ficando com sérias sequelas, conforme extrato em anexo.

III. DA LEGITIMIDADE PASSIVA

Rua: Leonel Vale, nº 15 – Senador Pompeu – CE | 88 99960-5937 | yagopinheiroadv@gmail.com

Scanned with CamScanner

04

Inicialmente, cumpre esclarecer que a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT foi criada com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT.

A Resolução CNSP de n.º 154 determinou a constituição de uma Seguradora especializada para administrar os Consórcios do Seguro DPVAT – anteriormente conhecido como "Convênio do Seguro Obrigatório DPVAT".

Ademais, tem-se que a Seguradora Lider dos Consórcios de Seguro DPVAT detém autorização da SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS, para operar no que tange ao Seguro Obrigatório DPVAT, conforme Portaria n.º 2797/07, destaque-se para o art. 5º, §3º, da referida Resolução:

> "CAPÍTULO IV DOS CONSÓRCIOS Art. 5º. Para operar no seguro DPVAT, as sociedades seguradoras deverão aderir, simultaneamente, aos dois Consórcios específicos, um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10 e o outro, as categorias 3 e 4. (...). § 3º. Cada um dos consórcios TERÁ COMO ENTIDADE LÍDER UMA SEGURADORA ESPECIALIZADA em seguro DPVAT, podendo a mesma seguradora ser a entidade líder dos dois consórcios previstos no caput deste artigo."

Não obstante, tem-se que no art. 8º da mesma Resolução, encontra-se o principal motivo, da SUBSTITUIÇÃO ora pleiteada, senão vejamos:

> **"§ 8º. OS PAGAMENTOS DE INDENIZAÇÕES serão realizados pelos consórcios, REPRESENTADOS POR SEUS RESPECTIVOS LÍDERES."** (Grifei).

Desta forma, é de fácil visualizar que os pagamentos de indenizações oriundas do Seguro Obrigatório DPVAT serão, impreterivelmente, pagos pela SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT.

IV. DO DIREITO

Diante do que será exposto não restará dúvida do direito do Promovente de receber a complementação do seguro obrigatório DPVAT, uma vez que o valor a ser recebido pelo Promovente no caso em questão é de 50% (cinquenta por cento), do valor total da invalidez a que tem direito, vez que

Rua: Leonel Vale, nº 15 – Senador Pompeu – CE | 88.99960-5937 | yagopinheiroadv@gmail.com

Scanned with CamScanner

ocorreu paralisia com deformidade permanente neste membro, ainda sentindo dores até os dias de hoje, tendo seus movimentos limitados.

No caso em tela, a seguradora só pagou o valor referente a 50% (cinquenta por cento) do seguro, tendo que pagar mais 50% (cinquenta por cento), para que chegue no valor a que tem direito o autor, conforme tabela juntada aos autos.

Existe jurisprudência que entende que a deformidade permanente de membro enquadra-se no conceito preconizado pelo §1º, inciso, II, do art. 3°, da Lei n° 6.194/74.

> APELAÇÃO CÍVEL - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO - SEGURO DPVAT - ASSIMETRIA FACIAL LEVE - DEFORMIDADE PERMANENTE - INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETA DE LEVE REPERCUSSÃO - CONDENAÇÃO DA SEGURADORA AO PAGAMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - FIXAÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO AO PATAMAR DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) - § 1º, INCISO II, DO ART. 3º DA LEI 6.194/74 - RECURSO PROVIDO PARCIALMENTE - DECISÃO UNÂNIME.DPVATDPVAT§ 1ºII3º6.1941. A deformidade permanente proveniente de acidente automobilístico, de qualquer natureza, é indenizável; **desde que, haja a comprovação do sinistro e dele tenha originado as seqüelas no acidentado.**2. O conceito preconizado pelo § 1º, inciso II, do art. 3º da Lei 6.194/74, redação alterada pela Lei 11.482/07, garante a vítima de acidente automobilístico, quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta a indenização proporcional de 50% (cinqüenta por cento) para as repercussões de natureza média, sobre o valor integral da indenização por morte ou invalidez permanente (R$ 13.500,00).§ 1ºII3º6.19411.4823. **A finalidade precípua do seguro DPVAT é estabelecer a garantia de uma indenização que atenda às necessidades repentinas e prementes do acidentado, que no caso em tela, teve como conseqüência e em decorrência do sinistro, deformidade permanente no membro inferior direito.**DPVAT4. Recurso provido em parte. Decisão Unânime. (1202431020098170001 PE 0120243-10.2009.8.17.0001, Relator: Agenor Ferreira de Lima Filho, Data de Julgamento: 14/12/2011, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: 235). (grifos nossos).

O julgado acima defende, por tanto, que o segurado seja beneficiado por motivo de todas as sequelas que sofreu, passando a receber uma quantia justa, nem exorbitante, nem inferior aos traumas a que passou. Além do mais, ninguém está preparado para a ocorrência de um sinistro, o Seguro Obrigatório DPVAT visa justamente amenizar as despesas financeiras que o vitimado irá despender; que em um caso de invalidez permanente, nunca cessarão.

Rua: Leonel Vale, nº 15 – Senador Pompeu – CE | 88.99960-5937 | yagopinheiroadv@gmail.com

Scanned with CamScanner

O cálculo realizado pela seguradora o do inciso II do § 1° do já citado art. 3° da Lei 6194/74, onde ocorre a diminuição da proporção da tabela. No entanto, tal diminuição só é procedente em casos de incapacidade permanente parcial, que como já demonstrado, não foi o que restou comprovado nos laudos técnicos, não tendo o condão, portanto da ré diminuir de per si, o valor devido. Sendo assim, tem sim direito, o autor à aplicação, em seu caso, do I, §1°, do art 3° da lei do seguro obrigatório (6194/74), ou seja, o Promovente faz jus a ser enquadrado diretamente na tabela. O valor que o autor recebeu não é suficiente para ampará-lo. Diante de tudo o que sofreu o autor e que vem sofrendo, pois este ainda sofre de dores e limitações, a gradação correta, ou seja, a gradação na forma como estabelece o I, §1º, art 3° da Lei 6.194, é o mais justo ao seu caso.

Certo é que uma indenização nunca trará de volta a vida que o autor tinha ou enxugaria suas lágrimas, mas ajudaria em suas necessidades, que nesse momento se faz tão necessária, que é para isso que serve o seguro: amenizar a perda, no caso do autor.

A indenização do seguro obrigatório DPVAT está condicionado a simples prova acidente e dano decorrente, segundo o art. 5° da Lei n°6.194/74:

> Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Sendo assim, o Boletim de Ocorrência supre a prova necessária para demonstrar o nexo entre o acidente e as sequelas daí decorrentes. Demonstrando assim, o direito do Promovente de receber a devida complementação do seguro obrigatório DPVAT.

Portanto, o Promovente faz juz a ter seu seguro tabelado na forma prevista no inciso I, §1°, art. 3° da Lei do Seguro DPVAT, como demonstrado acima, ou seja, faz juz a receber o percentual de 50% (vinte e cinco por cento) do valor total do seguro, haja vista que a fratura foi muito séria, tendo ficado com seqüelas graves, tal valor corresponde à R$ 6.750,00 (seis mil setecentos e cinquenta reais), devendo ser reduzido o valor já recebido, acrescentado de correção monetária e juros de mora a contar da citação.

Scanned with CamScanner

Fls. 07

V. DO MUTIRÃO DO SEGURO DPVAT

É uma prática já realizada em outras comarcas, é a forma mais fácil de resolver as ações que envolvam cobrança de valores devidos pelo DPVAT, o mutirão é visto como uma forma de desafogar o Judiciário dos processos que envolvam pedido de indenização por seguro DPVAT.

É a forma mais rápida, na qual a seguradora manda um perito e um médico até a comarca para analisar cada caso, tendo assim, a possibilidade de acordo nos casos em que ela achar pertinente.

Observa-se, que a comarca vizinha, cidade de Solonópole, realizou um mutirão visando a resolução dos casos existentes na comarca abrangendo ainda os casos de Milhã e Irapuan Pinheiro, cidades vizinhas desta.

Ao todo foram agendados cerca de 433 audiências de conciliação, para 5 dias de mobilização, onde foram realizadas avaliações médicas e conseqüente acordo.

O Magistrado que requereu o mutirão motivou sua decisão dizendo que a iniciativa se deu pelo grande volume de ações envolvendo o seguro DPVAT na comarca, levando em conta que ajuda na célere solução de um expressivo número de litígios, é o que ocorre também na nossa comarca de Senador Pompeu-CE.

Segue em anexo a página retirada da internet, mais precisamente do site do TJCE, onde relata a respeito do mutirão.

Sendo assim, requer que seja adotada essa medida nesta cidade, como forma de viabilizar os acordos para as pessoas que necessitam e de dar uma baixa considerável nos processos existentes.

VI. DOS PEDIDOS

Ante o exposto passa a requerer:

Rua: Leonel Vale, nº 15 – Senador Pompeu – CE | 88.99960-5937 | yagopinheiroadv@gmail.com

Scanned with CamScanner

SECRETARIA DE VARA
Fls 08

a) A citação da demandada, na pessoa de seus representantes legais, para, querendo, responder a presente ação, sob pena de revelia;

b) A procedência da ação, determinando a parte demandada ao pagamento da complementação do seguro obrigatório DPVAT, para que fique no percentual de 50% (vinte e cinco por cento) do valor constante para invalidez permanente, já descontando o que foi pago, corrigido e acrescido de juros de mora a partir da citação;

c) Seja marcado o mutirão visando à célere solução do processo;

d) Seja concedido o benefício de assistência jurídica gratuita ao autor, tendo em vista que não possui condições econômicas para arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e sua família;

e) Provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especificamente, pericial, documental e depoimento pessoal do Promovente;

f) A condenação da parte ré nas custas processuais e pagamento de honorários sucumbências arbitrados por Vossa Excelência, onde aponta o percentual de 20% (vinte por cento).

Dá-se a causa o valor de R$ 6.750,00 (seis mil setecentos e cinquenta reais).

Termos em que,

Pede deferimento.

Senador Pompeu-CE, 17 de Agosto de 2018.

Yago Pinheiro Silva

OAB/CE: 32.825

Scanned with CamScanner

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PARECER INFORMATIVO

Nº DA PASTA
2542460

DADOS DO PROCESSO

NÚMERO DO PROCESSO	UF	COMARCA
00002695720188060166	CE	Senador Pompeu

FORO	VARA
Não aplicado	Única - Vara Cível

DATA DA DISTRIBUIÇÃO	DATA DA CITAÇÃO	DATA DA AUDIÊNCIA	DATA DO SUBSTABELECIMENTO
06/11/2018	30/10/2018	09/11/2018	

NOME DO AUTOR	CPF DO AUTOR
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA	89174518372

ADVOGADO	OAB/UF
YAGO PINHEIRO SILVA	32825-CE

PATROCÍNIO
RUEDA & RUEDA ADVOGADOS

STATUS DA PASTA	STATUS ALTERADO EM	INDÍCIO DE IRREGULARIDADE
ATIVA	06/11/2018	NÃO

ARQUIVOS DO PROCESSO

TIPO DOCUMENTO	DATA INCLUSÃO	PRAZO / DIA	LIMITE INCLUSAO
Intimação	06/11/2018 17:03:06	/	
Citação	16/11/2018 11:45:09	3 / FORA	09/11/2018
Inicial	16/11/2018 11:46:39	8 / DENTRO	16/11/2018
Boletim de Ocorrência	16/11/2018 11:48:21	/	
Parecer Informativo NSJ	21/11/2018 16:14:53	/	

COMPLEMENTO DOS DADOS DO PROCESSO

TIPO DE PEDIDO	VALOR DO PEDIDO
Diferença de Invalidez	R$ 6.750,00

ENVOLVIDOS CADASTRADOS

NOME	CNPJ/CPF	PAPEL	PASTAS VINCULADAS	SEGURADORA CONSORCIADA	CÓDIGO SEGURADORA
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA	89174518372	Autor/Representante Legal	1		
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA	89174518372	Vítima	1		
YAGO PINHEIRO SILVA	-	Advogado Adverso	21		
MIKHAIL DE ANDRADE TORRES	-	Juiz	20		

SINISTRO ALVO

NOME DA VÍTIMA
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

CPF DA VÍTIMA	DATA DE NASCIMENTO	NATUREZA DO SINISTRO
89174518372	10/04/1971	Invalidez

DATA DO SINISTRO	UF	MUNICÍPIO
10/04/2017	CE	Senador Pompeu

CATEGORIA DO VEÍCULO
CiclomotorMotonetaMotocicletaTriciclo

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PARECER INFORMATIVO

Nº DA PASTA
2542460

NÚMERO DO SINISTRO	DATA RECLAMAÇÃO	VIA
3180539994	30/10/2018	JUD
PEDIDO	**SITUAÇÃO**	**TRANSAÇÃO OCORRIDA EM**
Invalidez		-
MÉRITO	**NATUREZA DO MOVIMENTO**	**VALOR PAGO**
		R$0,00
CPF BENEFICIÁRIO	**NOME DO BENEFICIÁRIO**	
-	-	

NÚMERO DO SINISTRO	DATA RECLAMAÇÃO	VIA
3170540144	03/10/2017	ADM
PEDIDO	**SITUAÇÃO**	**TRANSAÇÃO OCORRIDA EM**
Invalidez	Pago	01/11/2017
MÉRITO	**NATUREZA DO MOVIMENTO**	**VALOR PAGO**
-	Invalidez	R$ 3.375,00
CPF BENEFICIÁRIO	**NOME DO BENEFICIÁRIO**	
89174518372	FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA	

DIAS ENTRE RECLAMAÇÃO ADM X CITAÇÃO JUD.	DATA DA RECLAMAÇÃO	ATO DECLARATÓRIO?
392	03/10/2017	Sim
PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO		
SAMUEL BEZERRA DE LIMA		
PLACA	**CHASSI**	**MARCA/MODELO**
NUZ-3768	9C2KC1670BR329333	HONDA CG 150
DT. VENC. SEGURO OBRIGATÓRIO	**DATA PAGAMENTO DO PRÊMIO**	**STATUS DO PRÊMIO**
31/01/2017	15/01/2018	Adimplente
HOSPITAL DO BAM	**DELEGACIA**	**BOLETIM DE OCORRÊNCIA?**
HOSPITAL BATISTA MEMORIAL	DP DE SENADOR POMPEU	Sim
DINÂMICA DO ACIDENTE		
COLISÃO DE MOTO COM MOTO NÃO IDENTIFICADA		
LOCAL DO ACIDENTE		
FALHA NA REGULAÇÃO?	**MOTIVO DA FALHA**	**JUSTIFICATIVA DA FALHA**
Não		
HÁ NEXO DE CASUALIDADE NOS DOCUMENTOS JUNTADOS PELA VÍTIMA?		
Sim		

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PARECER INFORMATIVO

Nº DA PASTA
2542460

LESÕES CONSTATADAS

DATA DA AMP	TIPO AVALIAÇÃO MÉDICA
23/10/2017	AVALIAÇÃO MÉDICA ADMINISTRATIVA

AVALIAÇÃO
FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA À DIREITA

TIPO DE LESÃO
6. Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais

ASSISTENTE/PERITO	CRM/UF
Casemiro Dutra de Medeiros Junior	6818/CE

GRADUAÇÃO	EMPRESA MÉDICA
25 %	ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

NOME DA VITIMA
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

NÚMERO DO SINISTRO	NÚMERO DA PASTA
3170540144	2542460

EXCLUDENTES LEGAIS

PRESCRIÇÃO?	
NÃO	
LITISPENDÊNCIA?	**OBSERVAÇÃO LITISPENDÊNCIA**
NÃO	
COISA JULGADA?	**OBSERVAÇÃO COISA JULGADA**
NÃO	

OBSERVAÇÃO FINAL

PARECER FINALIZADO SEM INFORMAÇÃO ADICIONAL. FAVOR ATENTAR PARA OS DADOS PREENCHIDOS NOS CAMPOS ACIMA.

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 425060 - AC WASHINGTON SOARES
FORTALEZA - CE
CNPJ....: 34028316904606 Ins Est.: 068420960

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: RUEDA E RUEDA ADVOGADOS
CNPJ/CPF.....: 10829483000195
Doc. Post.....: 303655634
Contrato...: 9912410389 Cod. Adm.: 17050421
Cartao..: 73062626

Movimento..: 23/11/2018 Hora.....: 15:48:35
Caixa.....: 89258051 Matricula..: 81758642
Lancamento.: 020 Atendimento: 00018
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1560581089

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R$)
SPP A VISTA E A FAT	1	28,55+
Valor do Porte(R$)..:	22,80	
Cep Destino:	63600-000 (CE)	
Peso real (KG).....:	0,396	
Peso Tarifado:.....:	0,396	
OBJETO.....:	DY311815225BR	
	==========	
	==========	
PE - 5 ED - S ES - N		
AVISO DE RECEBIMENTO:	5,75	

Postagem ocorrida apos o horario limite de post
agem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao pr
azo padrao de entrega
Num. Documento..: dy311815225br
N Processo: 00002695720188060166
Orgao Destino: .....COMARCA SENADOR POMPEU

TOTAL DO ATENDIMENTO(R$) 28,55

Valor Declarado não solicitado(R$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

PE - Prazo final de entrega em dias úteis.
ED - Entrega domiciliar - Sim/Não.
ES - Entrega sábado - Sim/Não.
RE - Restrição de entrega - Sim/Não.

A FATURAR

Reconheco a prestação do(s) servico(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentacao de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais
Nome: RG:
Ass. Responsável.....

Postagem ocorrida apos o horario limite de post
agem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao pr
azo padrao de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA,

RG nº 2529699-92, data de expedição 28/09/92, Órgão SSP-CE,

CPF nº 891.745.183-72, 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:

Comprovante de residencia

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO SANTO ANTONIO
Número	S/N
Apto / Complemento	ZONA RURAL
Bairro	Lot Benzim
Cidade	SENADOR POMPEU
Estado	CEARÁ
CEP	63.600,000
Telefone de Contato	Celso Pinheiro (85) 99989-0779
E-mail	(85) 98721-2741

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SENADOR POMPEU-CE 25/09/17

Assinatura do Declarante: Francisco Evaldo Bernardo de Lima

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

60

enel

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ
CNPJ 07.047.251/0001-70. C.G.F. 06.105.848-3
Rua Padre Valdevino,150 CEP 60135 040 Fortaleza(CE)

Nota Fiscal Conta B
Série Única - 1
NÚMERO

DADOS DA ENTREGA

ENDEREÇO: ST SAO ANTONIO 00000
BAIRRO: DT BONFIM
MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU
CEP: 63600000
ESTADO:

RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA -SVA

CENTRO OPERATIVO: SENADOR POMPEU

Nº DO CLIENTE: 3468495 - 6
ROTA: 027.014006.014.0022900O
CLASSIFICAÇÃO: 04-RURAL, MONOFASICA
MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU
NOME: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
ENDEREÇO: ST SAO ANTONIO 00000 - DT BONFIM
CEP: 63600000
DOC.: 005 C.P.F. 891.745.183-72
SEQUENCIAL: 1

GRANDEZA / CÁLCULOS

Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R$
08/2017	19/09/2017	85	41,58
09/2011	07/10/2011	63	15,91

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR 57,49

enel

COMPROVANTE ENEL

Nº DO CLIENTE 3468495-6

RECIBO DE SEGUNDA VIA AGRUPADA-SVA

MUNICIPIO SENADOR POMPEU
ROTA 027.014006.014.0022900O
TOTAL A PAGAR 57,49

83800000000-9 57490031000-1 00034684950-0 00011431240-0

REC. 03 OUT 2017
Nome:

61

PROVA DO ATO DECLARATÓRIO

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente: Francisco Evaldo Bernardo de Lima — D.N. 10.4.71

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Agricultor	45	Pd	M	Casado	Quixeramobim	B

Residência: Sítio Jenipapeiro

Pai: Jurenal Pereira Lima

Mãe: Raimunda Bernardo de Lima

Responsável: Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- [ ] Andando
- [ ] Regular
- [ ] De Automóvel
- [ ] Passando Mal
- [ ] Ambulância
- [ ] Comatoso
- [ ] Aparentemente bem
- [ ] Com Hemorragia

Atendimento	Data	Hora
SUS	10.04.17	12:05

- [ ] Acidente de Trabalho

Local:

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct Vítima de Acidente Laço Motocicleta com trauma MSD, face e tórax. Corte Cortante MIE D.

SpO2 98%. FC: 67.

Comprovacao de ato declaratorio

DADOS CLÍNICOS					
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MÁX	MÍN		AXILIAR	RETAL	
110	80				

DIAGNÓSTICO: Acid Mot

TRATAMENTO:

- Soro
- Cefazolina 1g EV 12/12
- Sf 0,9% 500 EV
- Ranitidina EV 16:00

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 03 OUT 2017 Nome:

030106 0029

DESTINO DADO AO PACIENTE

- [X] Residência
- [ ] Internado
- [X] Em Observação
- [ ] Transferido
- [ ] Encaminhado ao Ambulatório
- [ ] Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
- [ ] Óbito sem tratamento

CONFERE COM ORIGINAL 31/08/2017 Responsável - SAME MHS CNPJ 07 802 697/0002-44

Medicação Administrada por: Fa Tatia Medeiros Técnica de Enfermagem COREN-CE

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico: Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira CRMEC - 12721 MÉDICO

03

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 2529699-92 e inscrito no CPF/MF sob o nº 891.745.183-72, residente e domiciliado na SITIO SANTO ANTONIO - SENADOR POMPEU, Cidade SENADOR POMPEU, Estado CEARÁ, 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:

(X) 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.

Declaracao de Inexistencia de IM

Francisco Evaldo Bernardo de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SENADOR POMPEU-CE 25/09/17

Local e data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 OUT 2017

04

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 19 OUT 2017
AUTORIDADE POLICIAL
Nome:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 1383 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/09/2017 12:28:55**
Data / Hora da Ocorrência: **10/04/2017 11:45:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FRANCO MAGALHÃES**
Complemento:
Bairro: Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **PERTO DO MERCADO CENTRAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA**
Nascimento: **10/04/1971** CPF: **891.745.183-72**
RG: **252969992** Orgão Emissor: **SSPDC** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDO BERNARDO DE LIMA**
JUVENAL PEREIRA LIMA
Endereço: **SITIO SANTO ANTÔNIO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP: **63.600-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUZ3768** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2KC1670BR329333** Renavam: **279465424** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **SAMUEL BEZERRA DE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o noticiante, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que na hora, dia e local acima informados conduzia a motocicleta acima identificada quando um outro motociclista colidiu na motocicleta do declarante, que veio ao chão; Que a vítima fora socorrida por populares e levado ao Hospital Municipal de Senador Pompeu-CE, onde recebeu atendimento médico; Que, posteriormente, fora encaminhado para o Hospital Batista Memorial, onde foi atendido; Que o declarante apresentou cópias dos seguintes documentos: RG, CPF, CRLV da motocicleta,ficha de atendimento médico do Hospital Municipal de Senador Pompeu, prescrição medica e evolução de enfermagem, resultado de exames, CNH, RG e CPF de duas testemunhas. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Francisco Evaldo Bernardo de Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

01

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1383 / 2017
JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

02

Seguradora **LÍDER**
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorizacao de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 03 OUT 2017

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, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA,
PORTADOR(A) DO RG Nº 2529699-92 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 28/09/92 E
CPF 891745183-72 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R$ Recusa (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fco EVALDO B. DE LIMA, 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 benefiário/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/beneficários.**

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 25250-8

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.

Sen. Pompeu-CE, 25 de setembro de 2017 — Francisco Evaldo Bernardo de Lima

LOCAL E DATA — 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.

58

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

59

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Novembro de 2017

Carta n°: 11901482

A/C: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

Sinistro:	**3170540144 ASL-0384950/17**
Vitima:	**FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA**
Data Acidente:	**10/04/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EDILENE SOARES ROCHA**

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: **FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **104**
Agência: **000000754**
Conta: **0000025250-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**3.375,00**

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R$	**3.375,00**

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

Pag. 01765/01766 - carta_15R
00010883

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2017

Carta n°: 11810193

A/C: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

Sinistro:	**3170540144 ASL-0384950/17**
Vítima:	**FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA**
Data Acidente:	**10/04/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EDILENE SOARES ROCHA**

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00963/00964 - carta_02
00050482

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta n°: 11790935

A/C: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170540144 ASL-0384950/17**
Vitima:	**FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA**
Data Acidente:	**10/04/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EDILENE SOARES ROCHA**

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00261/00262 - carta_01
00040131

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA*** **Sinistro:** ***3170540144*** **Data:** ***10/04/2017***

Endereço do(a) Examinado(a): ***SITIO SANTO ANTONIO, SN - ZONA RURAL - Senador Pompeu - CE - CEP 63600-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /CE***] ***252969992***

Data local do exame: [***23/10/2017***] ***Boa Viagem*** [***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)
FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA À DIREITA. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, DOR E SUB-LUXAÇÃO NA ATM DIREITA AO EXERCER CARGA, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ELEMENTOS SÓLIDOS.

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.
SUBMETIDA A OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO DA FRATURA.

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.

Dano cranio facial

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe 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, §1° do art. 3° 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):
Estruturas cranio faciais

% do dano: ( ) 10% residual (***X***) 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

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.

Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR
Identidade: 2529699 - 92 CPF: 891.745.183 - 72
Endereço: SITIO SANTO ANTONIO
Bairro: ZONA RURAL - DT BONFIM
Cidade: SENADOR POMPEU CEP: 63.600,000

OUTORGADO (Procurador)

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional Av. Francisco França Cambraia, 970, Bairro: Centro: Cidade: Senador Pompeu- Ceará, CEP: 63.600-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vitima, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA.

Local e data: Sen. Pompeu-CE, 29 de Setembro de 2017.

Francisco Evaldo Bernardo de Lima
Assinatura do Outorgante **(Beneficiário)**

Marta Neiva Pinheiro
Oficial Interina
Daniele de Oliveira Ferreira
Oficial Substituta
Por Semelhança. Dou fé.
Em Test da Verdade
Bonfim S. Pompeu
Válido somente como selo de autenticidade

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

Procuracao

S7

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540144
Cidade: Senador Pompeu
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
Data do acidente: 10/04/2017
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, DOR E SUB-LUXAÇÃO NA ATM DIREITA AO EXERCER CARGA, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ELEMENTOS SÓLIDOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO DA FRATURA.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540144 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA **Data do acidente:** 10/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de mandíbula

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

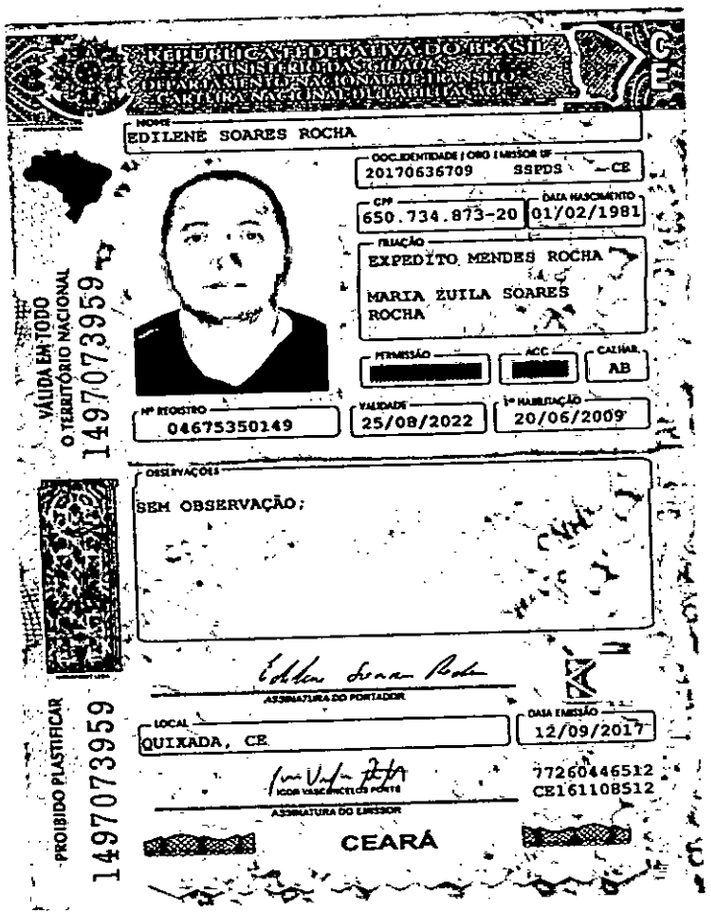
IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: EDILENE SOARES ROCHA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 20170636709 SSPDS CE

CPF: 650.734.873-20

DATA NASCIMENTO: 01/02/1981

FILIAÇÃO: EXPEDITO MENDES ROCHA
MARIA ZUILA SOARES ROCHA

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CAT. HAB.: AB

Nº REGISTRO: 04675350149

VALIDADE: 25/08/2022

1ª HABILITAÇÃO: 20/06/2009

OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO: 12/09/2017

ICOR VASCONCELOS PORTO

ASSINATURA DO EMISSOR

77260446512
CE161108512

[redacted] CEARÁ [redacted]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1497073959

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497073959

Outros

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

52

COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA
CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06.105.948-3
Av. Barão de Studart 2917 Fortaleza/CE. - CEP 60127-900

Boleto para Pagamento

Nº DO CLIENTE: 8553131
MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU CEP 63.600-000
NOME: EDILENE SOARES ROCHA 650.734.873-20
ENDEREÇO: AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970 - CENTRO

GRANDEZA / CÁLCULOS

Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R$
08/2017	10/08/2017	246	205,46

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR 205,46

COMPROVANTE COELCE

Boleto para Pagamento
MUNICIPIO SENADOR POMPEU
ROTA
TOTAL A PAGAR 205,46

Nº DO CLIENTE
8553131

050.014000.08.0018550O
83810000002-7 05460031000-0 00085531310-2 00011400264-9

E PREENDIMENTOS
REC. 03 OUT 2017
Nome:

53

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384950/17
Vítima: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
CPF: 891.745.183-72

Data do Acidente: 10/04/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDILENE SOARES ROCHA : 25.409.016/0001-83
Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA : 891.745.183-72
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 03/10/2017 Nome: EDILENE SOARES ROCHA CPF/CNPJ: 25.409.016/0001-83	Data do cadastramento: 03/10/2017 Nome: LILIANA MARIA PEREIRA CPF: 040.259.363-48
EDILENE SOARES ROCHA	LILIANA MARIA PEREIRA

Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

Identificação

Nome Empresarial
EDILENE SOARES ROCHA 65073487320
Nome do Empresário
EDILENE SOARES ROCHA
Nome Fantasia
JPE DPVAT
Capital Social
15.000,00

Nº da Identidade	Órgão Emissor	UF Emissor	CPF
291827694	SSP	CE	650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente	Data de Início da Situação Cadastral Vigente
ATIVO	08/08/2016

Números de Registro

CNPJ	NIRE
25.409.016/0001-83	23-8-0251434-0

Endereço Comercial

CEP	Logradouro	Número
63600-000	AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA	970

Bairro
CENTRO

Município	UF
SENADOR POMPEU	CE

Ponto de Referência
DEFRONTE O HOSPITAL

Atividades

Data de Início de Atividades
08/08/2016

Código da Atividade Principal	Descrição da Atividade Principal
82.19-9/99	Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

	Código da Atividade Secundária	Descrição da Atividade Secundária
1	82.11-3/00	Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço: http://www.portaldoempreendedor.gov.br/
Certificado emitido com base na Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Localização de Empresas e Negócios – REDESIM.
ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.
Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenentes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/fcpj/consulta.asp

Número do Recibo: ME98291727
Número do Identificador: 00065073487320

Data de Emissão:
08/08/2016

Estatuto ou contrato social

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

SS

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
25.409.016/0001-83 MATRIZ		08/08/2016

NOME EMPRESARIAL
EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)
JPE DPVAT

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA	970	

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
63.600-000	CENTRO	SENADOR POMPEU	CE

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
jpedpvat.senpmilha@yahoo.com.br	(88) 9667-5407

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	08/08/2016

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia **08/08/2016** às **19:38:20** (data e hora de Brasília).

© Copyright Receita Federal do Brasil - 08/08/2016

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

56

DUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 01312932B318
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00279465424	000000000	2016

NOME
SAMUEL BEZERRA DE LIMA
****
****
SENADOR POMPEU /CE

CPF / CNPJ	PLACA
00834305399	NUZ3768/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2KC1670BR329333

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NÃO APLIC.	GASOL/ALCO

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI	2010	2011

CAP. / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
********	**/**/**	1º ********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª ********
********	**********	3º ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			********

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
SENADOR POMPEU	05/10/2016

Igor Ponte
Superintendente
EXPEDIDOR DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 01312932B318 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	5/10/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	00834305399	NUZ3768

RENAVAM	MARCA / MODELO
00279465424	HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.	CAL. TARIF.	Nº CHASSI
2010	09	9C2KC1670BR329333

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	04/10/2016

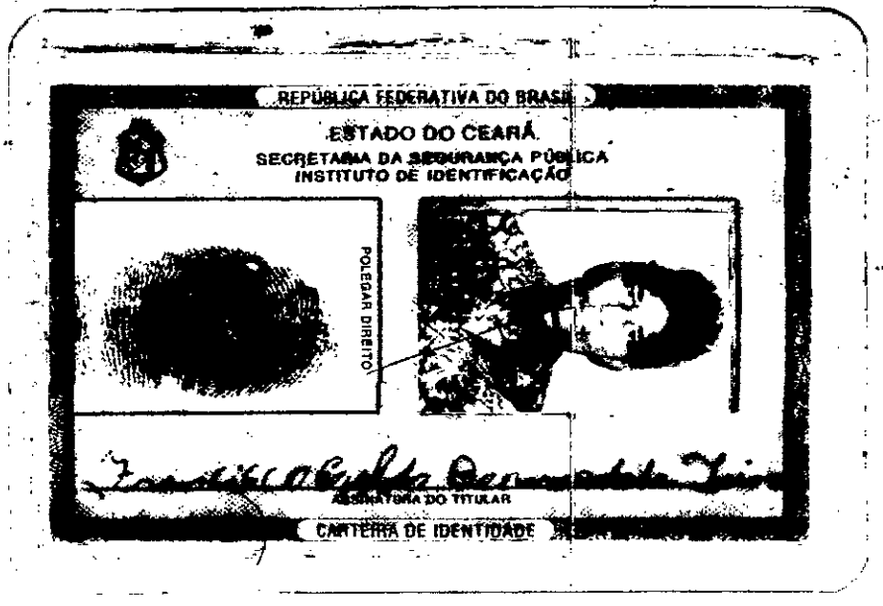
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

SET / 2016

MOTOR 9C2KC1670BR329333 02004

CONTREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

S



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

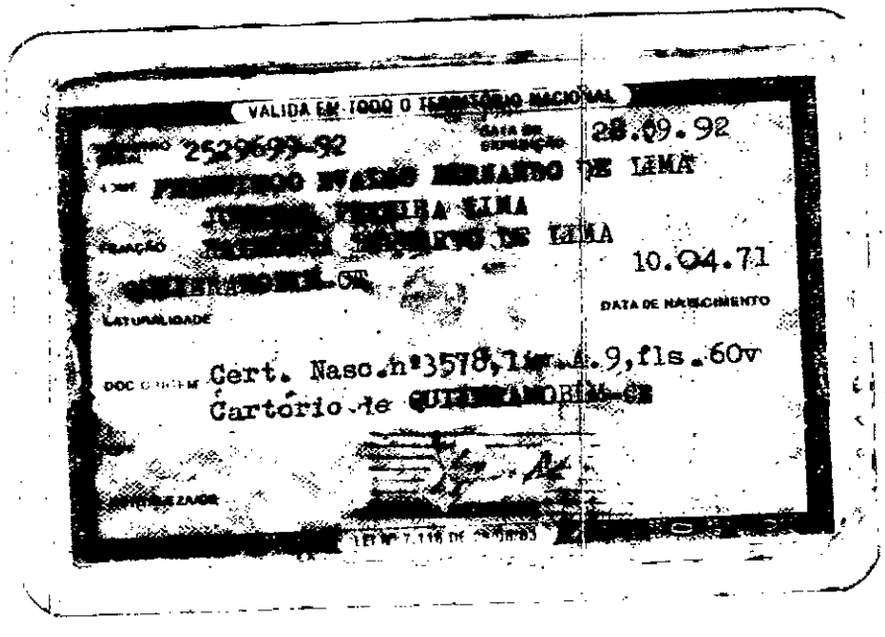
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2529693-92 — 28.09.92

FRANCISCO MARCO BERNARDO DE LIMA

JUSTINA PEREIRA LIMA

FILIAÇÃO — FRANCISCO SOBRINHO DE LIMA

QUIXERAMOBIM-CE — 10.04.71

NATURALIDADE — DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM — Cert. Nasc.nº3578,liv.A.9,fls.60v Cartório de QUIXERAMOBIM-CE

DATILOSCOPIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Documentos de identificacao

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 03 OUT 2017

Nome:

48

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF — CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

Nº da Inscrição
891745183-72

Data do Nascimento
10/04/71

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS — CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

SERPRO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em 17/08/99

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

[redacted]

[redacted] **COMPROVANTE DE SITUAÇÃO**
CADASTRAL NO CPF

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **891.745.183-72**

Nome: **FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA**

Data Nascimento: **10/04/1971**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **17/08/1999**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:20:17** do dia **23/09/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1EE8.D930.0D5B.600A**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
DEC. 03 OUT 2017
Nome:

30

115

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente: Francisco Osvaldo Bernardo de Lima — D.N. 10.4.71

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Agricultor	45	Pd	M	Casado	Quixeramobim	B

Residência: Sítio Emiparreiro

Pai: Juvenal Pereira Lima

Mãe: Raimunda Bernardo de Lima

Responsável: Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- [ ] Andando
- [ ] Regular
- [ ] De Automóvel
- [ ] Passando Mal
- [ ] Ambulância
- [ ] Comatoso
- [ ] Aparentemente bem
- [ ] Com Hemorragia

Atendimento	Data	Hora
SUS	10.04.17	12:05

- [ ] Acidente de Trabalho

Local:

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct. Sofreu de Acidente com Motocicleta com queda PCSD, Cor e Peso. Corte Cortante no D.

SpO2 98%. FC: 67.

Documentacao medico – hospital

DADOS CLÍNICOS					
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MÁX	MIN		AXILIAR	RETAL	
110	80				

DIAGNÓSTICO: Acid Mot

TRATAMENTO:

- Soro
- Cefazolin > IV 12/12
- SF 0,9% 500
- Ranitidina IV. 16/16

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 03 OUT 2017 Nome:

0301060029

DESTINO DADO AO PACIENTE

- [x] Residência
- [ ] Internado
- [x] Em Observação
- [ ] Transferido
- [ ] Encaminhado ao Ambulatório
- [ ] Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
- [ ] Óbito sem tratamento

CONFERE COM ORIGINAL 31/08/2017 Responsável - SAME MHSI CNPJ 07 802 697/0002-44

Medicação Administrada por: Ana Tania Medeiros Técnica Enfermagem COREN-CE 5[illegible]

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico: Dr Fernando Higor Fayad F. Vieira CREMEC - 12721 MÉDICO

06

Unimed - 1260060374

Fortaleza 2

NSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
24 horas de proteção à vida"

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES: 2|5|2|9|1|4|9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

6 - Nº PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: ☐Masc ☐Fem

10-RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE: RAIMUNDA BERNARDO DE LIMA

12 – TELEFONE DE CONTATO:

13 – NOME DO RESPONSÁVEL: SANTO ANTONIO

14 – TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): SANTO ANTONIO, SEM NUMERO, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SENADOR POMPEU

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 – UF: CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DESOCLUSÃO DENTÁRIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOBILIDADES DOS COTOS FRATURADOS.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 03 OUT 2017 Nome:

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: CIRURGIA SOB ANESTESIA GERAL

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

RAIO-X FACE E EXAME CLÍNICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE MANDÍBULA

24 - CID 10 PRINCIPAL: S026

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 04.05.03.084-3

29 - CLÍNICA: BMF

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: ELETIVO

31 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF

32 – Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: 930603103-72

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Hana Izabela Jorge

34 – DATA SOLICITAÇÃO: 19/04/17

35 – ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43- CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

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 (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

30/05/17

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL CNPJ 07 [illegible] 001 - 34

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via- Prontuário do paciente

M.000.002 Versão 3 - 01/SET/11 – 2 Vias - Formato A4 (210X297).

07

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 19/04/2017
HORA: 21:44:48

12960.

Prontuário	Atendimento	Reserva/Guia
176999	22479	*12600060374*

Data 19/04/2017 Hora 21:30

Paciente
FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA [CPF:]

Sexo	Est. Civil	Dt Nasc.	Telefone	R.G.	Código CNS
M	Casado	10/04/1971	88 999974663	2529699-92	708604571662186

Endereço SITIO SANTO ANTONIO
Num. S/N **Complemento**
Profissão
Bairro ZONA RURAL
Cidade SENADOR POMPEU
UF CE
Nome da Mãe RAIMUNDA BERNARDO DE LIMA
Responsável FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA
Endereço SITIO SANTO ANTONIO
Num. S/N
Bairro ZONA RURAL
Cidade SENADOR POMPEU
Cep
Telefone

Médico Atendente
259330 FRANCISCO DE ASSIS SILVA [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]
Médico Acompanhante
259330 FRANCISCO DE ASSIS S [CRM: 0909] [CPF: 3383059391]
Procedimento
0404020500 OSTEOSSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA
Cid
S026 FRAT DE MANDIBULA
Setor
2401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR)
Convênio
50 S U S
Origem
PACIENTES DO IJF
Acomodação
POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016114 - ENFERMARIA 313 LEITO: 29 / 313-20
Data mín. para alta - 19/04/2017 **Data máx. para alta -** 22/04/2017 **Atendente -** ANGELMARQUES XAVIER DE FREITAS

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [ ] Sim [ ] Não Data admissão 19/04/2017 Data alta 29 / 04 / 2017
Internação anterior..? [ ] Sim [ ] Não Hora admissão 21:30 Hora alta 10 : 30 :

Alta....: Curado..... : [ ] Melhorado..... : [X] Inalterado..... : [ ] **Clínica..:** Médica..... : [ ]
Piorado..... : [ ] A pedido..... : [ ] Indisciplina..... : [ ] Cirúrgica..... : [X]
Transferido... : [ ] Falecimento.... : [ ] Evasão..... : [ ] Obstétrica... : [ ]

Diagnóstico:

Internação. : Fratura de Mandíbula — Cid S026
Definitivo... : O MESMO — Cid S026

Histórico:

Paciente apresentando limitação de abertura bucal, desocclusão dentária e mobilidade dos cotos mandibulares, fratura do ramo direito da mandíbula, o qual foi realizado Osteossíntese da fratura da mandíbula

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X:
[ ] Simples
[ ] C/Contraste

Uti
Entrada ___/___/___
Saída ___/___/___

Caract. Trat. |___|___|

Carimbo e Assinatura do Médico

Motivo

[ ] **Sangue..:** [ ] **Rh..:** [ ] [ ]A [ ]B [ ]C [ ]D [ ]E [ ]F [ ]G

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

X
Assinatura do Paciente

RG

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07[illegible]66/0001 - 34
conferido
07/06/17

"MEDICINA E A (CRISTÃ) CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1530 – Aldeota · CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone: (85) 3224.5417 – Fax: (85) 3261.1846

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

JB/PS 25/10/13

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Francisco Cidelio Bernardo | ENFERMARIA/LEITO 320 | CONVÊNIO: | Nº PRONTUÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO
22.04.17	11:20 Paciente encaminhado para o ECG Telemetria 703562 — Telemetria 703562 — As pacte, F.R.B.S, ♂, adm. internado no setor 06 para realização cirurgia BMF com 1º Cirurgião Hugo, apresentando consciente, orientado, verbalizando, dem hidratado, eupneico em O2 cânula de ar zero, semimucosas, ausente estável, realizado Cloreto Sódio 0,9% + enfermagem com Dr. Carlos Brena, pert. encaminhado para SPC estável e sem alterações.	As 13:20hs Paciente retornou do CC no P.O.I. de BMF. Vem consciente, orientado, verbalizando, em repouso no leito, aceita dieta oferecida, c/ HV em curso + med. EV. em MSE, diurese presente, segue após cuidados de enfermagem. Ana Lúcia Barbosa Cordeiro TEC. DE ENFERMAGEM COREN-[illegible]	As 21:30hs, pcte no POI de BMF, evo. consciente, orientado, verbalizando, em repouso no leito, aceita dieta oferecida, c/ HV em curso + med. EV. em MSE, diurese presente, segue após cuidados de enfermagem. Raquel 662.825
	DA 115 X 68 mmHg Sat 100% FC 54 bpm Leito - 1141109	As 14:00hs - Paciente referiu dor, sendo medicado. Ana Lúcia Barbosa Cordeiro TEC. DE ENFERMAGEM COREN-[illegible]	PA = 110 X 70 mmHg.
	As 13:50 pcte encaminhado para posto III, fechamento transcirúrgico estável, sem alterações FC 62 bpm Sat 99% Leito - 1141109		
	Ass: COREN:		Ass: COREN:

GLICEMIA CAPILAR: M – / T – / N –

HIGIENE ORAL: M – / T – / N –

MUDANÇA DE DECÚBITO: M – / T – / N –

CURATIVO

Característica da Ferida:
a – ( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca ( ) Hiperemiada
b – ( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II ( ) estágio III ( ) estágio IV
c – ( ) Exudato seroso ( ) Exudato serosanguinolento ( ) Exudato sanguinolento ( ) Exudato purulento
d – ( ) Tecido de granulação ( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina
Ass:

SEGURO SAÚDE 03 OUT 2017

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Tomás, 2056 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone: (85) 4005-2999 – Fax: (85) 4005-2945

DATA	HORA	• EVOLUÇÃO •
[illegible]		Paciente em 2º DPO de osteossíntese de fratura de mandíbula. Evolui orientado, eupneico e afebril. Ao exame apresenta edema compatível com procedimento cirúrgico, sem sinais de infecção ou deiscência de sutura. BMM com elásticos. Relata constipação. Aguardo Panorâmica. Aguardo melhora p/ possível alta hospitalar.
		Dr. Luiz Sangelo Muniz Barbosa Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente CRO 7815 SIGNES: [illegible] CONVÊNIO: [illegible] DATA: 24/04/17
25/04/17	08:00	Paciente em seu 3º DPO de osteossíntese de Fx [illegible] Evolui orientado, eupnéico e afebril. Ao exame apresenta edema compatível com o procedimento cirúrgico realizado, sem sinais de infecção ou deiscência de suturas. Portador BMM com elásticos em posição. #C.D.: (1) Aguardo melhora clínica para posterior alta hospitalar.
		Dra. Rucinete Teles Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo - Facial Residente - CRO-CE 8113
26/04/17	# BMF	Paciente em seu 4º DPO de osteossíntese de Fx de mandíbula. Evolui orientado, eupneico e afebril. Ao exame apresenta edema compatível com procedimento cirúrgico, sem sinais de infecção, nem deiscência de sutura. Porta BMM com elásticos. CD: (1) Aguardo melhora do quadro p/ posterior alta.

NOME: [illegible]

APTO./LEITO:

CONV.:

REV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A — NOME: — OUT 2017

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL CNPJ: 07.2[illegible]0001 - 34

Mod. (SAME) H.B.M. - 23 x 33

111543/07

10

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Tomás, 2056 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone: (85) 4005-2999 — Fax: (85) 4005-2945

DATA	HORA	•EVOLUÇÃO•
27/04		PACIENTE EM 5º DIA DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA
		DE MANDÍBULA. EVOLUI ORIENTADO, EUPNEICO E AFEBRIL.
		AO EXAME CLÍNICO APRESENTA EDEMA COMPATÍVEL COM
		PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM SINAIS DE INFECÇÃO,
		NEM DEISCÊNCIA DE SUTURA.
		ACUADA MELHORA PARA POSTERIOR ALTA.
		Luiz Sarasah M.G
		CRC 2015 (CTBMF)
28/04/17		PACIENTE EM 6º DIA DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE MANDÍBULA.
		EVOLUI ORIENTADO, EUPNEICO E AFEBRIL. AO EXAME CLÍNICO APRESENTA
		EDEMA COMPATÍVEL COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, SEM SINAIS DE
		INFECÇÃO, NEM DEISCENCIA DE SUTURA.
		CD: A) ACUADA MELHORA DO QUADRO P/ POSTERIOR ALTA
		Dr. Hugo Maria R. Pessoa Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Residente IJF CRO/CE 9125
29/04/17		ABMF: Alta Hospitalar
		Dra. Rucinete Teles Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Residente CRO-CE 8882

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____

8021-7

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Francisco Evaldo Bezerra de Lima

Nº DO PRONTUÁRIO: 176999

Nº CONTROLE:

TIPO DE CIRURGIA: Osteossíntese de Fratura complexa de Mandíbula

APTO / ENF.: XG

LEITO:

CATEGORIA:

CIRURGIÃO: Dr. Thiago Feijão

TEMPO DE SALA: 1h 30 min

TEMPO DE OXIGÊNIO: 1h 30 min

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	PR. ARTERIAL	DATA DA ANESTESIA
46	75kg		M		63		9x54	2/10/17

Tipo Sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Urina

Ap. Respiratório: Ø — Asma: Ø — Bronquite: Ø

Ap. Circulatório: Ø — ECG: Sinusal

Ap. Digestivo: Jejum +8h — Dentes: — Pescoço: — Alergia: Nega

Ap. Urinário: Ø — Estado Mental: Ansiedade

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de Mandíbula — Peso: — Ataráxicos:

Anestesias Anteriores: Ø — Corticóides:

Medicação Pré-Anestésica: Ø — Hora: Ø — Efeitos: Ø — Hipotensores: — Outras:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A — RECEBIDO 03 OUT 2017 — NOTIFICAÇÃO

HORÁRIO 11:15 → 12:45

Agentes Anestésicos: 1ml

Líquidos: SF — Ringer — SF — 11:15 → 12:45

CÓDIGO: V - P. Arterial; O Pulso; O Respiração; A - X Anestesia; O Operação

260, 240, 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20

PAM — FC

Não Aferiu

INDUÇÃO

Satisfatório — Excitação — Tosse

Laringoespasmo — Lenta

Náuseas — Vômitos

Outros

MANUNTENÇÃO

Fentanil 50mcg
Cloreto 75mg
Propofol 200mg
Succinilcolina 70mg
Cisatracúrio 10mg

Anestesia Satisfatória? SIM NÃO

Não por quê?

DESPERTAR

Reflexos na S. O.

Obstrução — Co2 — Excitação

Náuseas — Vômitos — Outros

Para o Leito Com Cânula: SIM NÃO

Condições

Perda Sanguínea Aproximada ____ ml

Volume Sanguíneo Repposto ____ ml

Duração Total da Operação ____ hs ____ min.

Assinatura do Anestesista Responsável

CRM 1300 CPF 004.535.733-15

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: PAM FC

POSIÇÃO: Decúbito Dorsal

AGENTES: Bloqueio do lado

Acesso venoso periférico

OPERAÇÃO: Osteossíntese Fratura complexa de Mandíbula

CIRURGIÕES: Dr. Thiago Feijão + Dr. Nilo

ANESTESISTAS: Dr. Carlos Ramos

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL CRM 34

1155

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Tomás, 2056 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone: (85) 4005-2999 – Fax: (85) 4005-2945

8985-0

FIOS CIRÚRGICOS

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que assisti o(a) paciente Francisco Evaldo Bernardo de Lima tendo realizado osteossíntese de fratura complexa de mandíbula quando utilizei os fios abaixo relacionados: Dr. Diego Feijão

Aciflex		Unidades
Cat gut cromado		Unidades
	2.0 S/ AG 1	Unidades
algodão	2.0 S/ AG 1	Unidades
Cat gut simples		Unidades
		Unidades
		Unidades
Mersilene		Unidades
Mononylon	5.0 c/ AG 11	Unidades
		Unidades
		Unidades
Policot		Unidades
Prolene		Unidades
		Unidades
		Unidades
Seda		Unidades
		Unidades
		Unidades
Vicril	3.0 C/ AG 1	Unidades
		Unidades
		Unidades
		Unidades
Total		Unidades

COMPREV SEGUROS DE PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

Obs.: Prontuário 176999 convênio S.U.S
leito 320 idade 46 anos

Fortaleza, 22-04-2017

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.[illegible]/0001-34

Med. Assist.: Dr. Diego Feijão
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
CRM.: Nº CRO/CE 6947

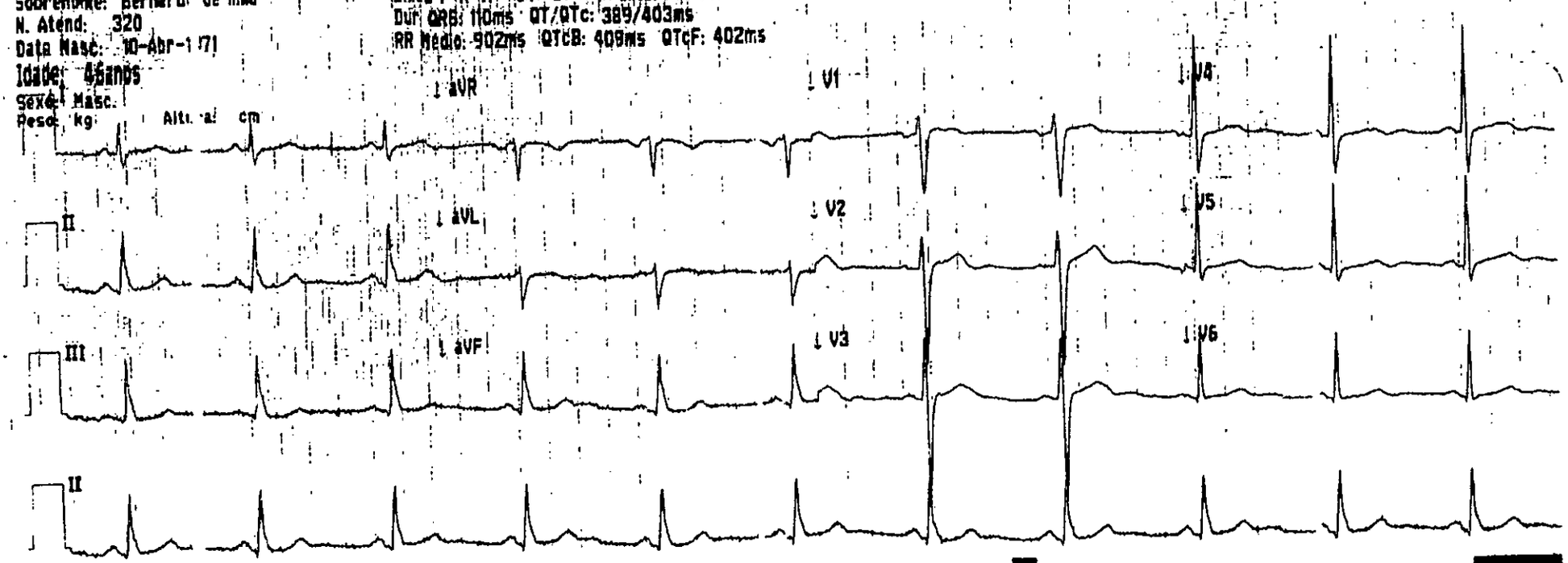
12

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 OUT 2017
Nome:

Nome: Francisco dual
Sobrenome: Bernardi de lima
N. Atend: 320
Data Nasc: 10-Abr-1971
Idade: 46anos
Sexo: Masc.
Peso: kg Altura: cm

20-Abr-2017 13:13:29 Freq Vent: 66 BPM
Eixos P-R-T: 57 81 67 Intervalo PR: 13 ms
Dur QRS: 110ms QT/QTc: 389/403ms
RR Medio: 902ms QTcB: 409ms QTcF: 402ms

20-Abr-2017 13:13:29



115000247194 Site Zero Local # 0 Carro # 0 Versão 2.0.2.6 Sequên[redacted]#01255 25mm/s 10mm/mV 0.05 150 Hz W

Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

LEG

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **FRANCISCO EVALDO BERNARDO**
Mãe: RAIMUNDA BERNARDO DE LIMA
Dt.: 10/04/1974
Sexo: Masculino
Médico Sr(a): MÉDICO NÃO DEFINIDO.
Leito:

RG:
Atendimento: **1571-30**
Data Entrada: 20/04/2017
Convênio: **HBMSUS**
Impressão: 20/04/2017 14:00:59

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Plasma (Citrato de Sodio)
Data coleta: 20/04/2017 11:09
Valor de referência:

TEMPO DE PROTROMBINA

Obs: INCOAGULAVEL APÓS 60 seg
Método..: Automatizado - Coagulómetro Coagmaster BR
Liberado por: MARIA GERMANA MORAIS DE SOUSA PINHEIRO
Data de liberação: 20/04/2017 13:28:54

Material: Plasma (Citrato de Sodio)
Data coleta : 20/04/2017 11:09

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA..: segundos

RELAÇÃO.....:

Valor de referência: 35,5 segundos
Obs: INCOAGULÁVEL APÓS 180 seg
Método..: Automatizado - Coagulómetro Coagmaster BR
Liberado por: MARIA GERMANA MORAIS DE SOUSA PINHEIRO
Data de liberação: 20/04/2017 13:28:54

Material: Soro
Data coleta : 20/04/2017

GLICOSE.....: 86 mg/dL

Valores de referência: 60 - 99 mg/dL
Obs: Novos valores podem ser usados apenas como orientação.
Método..: Peroxidase(PAP) - Colorimétrico Enzimático-PENTRA 400
Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA
Data de liberacão: 20/04/2017 14:0:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
NOME:

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico

Laboratório participante do Programa Nacional do Controle de Qualidade - PNCQ
O valor preditivo de qualquer teste laboratorial depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

PNCQ

Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
FABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
LEG
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: FRANCISCO EVALDO BERNARDO
Mãe: RAIMUNDA BERNARDO DE LIMA
DN: 10/04/1971
Sexo: Masculino
Médico Dr(a): MÉDICO NÃO DEFINIDO.
Leito:

RG:
Atendimento: 1571-30
Data Entrada: 20/04/2017
Convênio: HBMSUS
Impressão: 20/04/2017 14:00:59

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Data coleta : 20/04/2017 11:09:0

Material: Sangue Total
HEMOGRAMA COMPLETO

			Valores de referência:
Hemácias	5,14	milhoes/mm³	4,5 a 6,0 milhoes/mm³
Hemoglobina	14,2	g/dL	13,5 a 17,5 g/dL
Hematócrito	41,3	%	41 a 54 %
VCM	80	fl	80 a 100 fL
HCM	27,7	pg	27 a 33 pg
CHCM	34,4	g/dL	32 a 36 g/dL
RDW	13,6	%	11 a 14,5 %

	Valores Relativos:		Valores Absolutos:					
Leucócitos totais			5.000	/mm³			4.000 a 10.000	/mm³
Blastos	0	%	0	/mm³	0 a 0	%	0 a 0	/mm³
Mieloblastos	0	%	0	/mm³	0 a 0	%	0 a 0	/mm³
Promielocitos	0	%	0	/mm³	0 a 0	%	0 a 0	/mm³
Mielocitos	0	%	0	/mm³	0 a 0	%	0 a 0	/mm³
Metamielócitos	0	%	0	/mm³	0 a 0	%	0 a 0	/mm³
Neutrófilo Bastões	0	%	0	/mm³	0 a 5	%	0 a 390	/mm³
Neutrófilo Segmentados	51,5	%	2575	/mm³	40 a 78	%	1700 a 7800	/mm³
Eosinófilos	6,7	%	335	/mm³	1 a 5	%	20 a 500	/mm³
Linfócitos	36,2	%	1810	/mm³	20 a 50	%	1000 a 4500	/mm³
Linfócitos atípicos	0	%	0	/mm³	0 a 0	%	0 a 0	/mm³
Basófilos	0,4	%	20	/mm³	0 a 2	%	0 a 200	/mm³
Monócitos	5,2	%	260	/mm³	2 a 10	%	100 a 1000	/mm³

Plaquetas: 242.000 /mm³ — 150.000 a 450.000/mm³

OBS:
Hemácias normocíticas e normocrômicas.
Plaquetas morfologicamente normais.
Leucócitos morfologicamente normais.

Método..: AUTOMATIZADO - PENTRA 80

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA — Data de liberação: 20/04/2017 12:7:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico

15

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

Rua: Professor Dias da Rocha, 2530 – Aldeota

Fone: (85) 3224.54.17 – Fax (85) 3261.1849

C.G.C. 7.263.866/0001-34

TERMO DE CONHECIMENTO

EU, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

CPF._____ RG._____ Estou ciente que o Hospital Batista Memorial não cobra de pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de honorários médicos referentes aos internamentos ou procedimentos hospitalares oriundos do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

ASS. PACIENTE Fco. Evaldo B de Lima

ASS. RESPONSÁVEL Fco. Evaldo B de Lima

Fortaleza,____/____/____

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.26[illegible]001 - 34

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

16

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

Rua: Professor Dias da Rocha, 1530 – Aldeota

Fone: (85) 3224.54.17 – Fax (85) 3261.1849

C.G.C. 7.263.866/0001-34

TERMO DE CONHECIMENTO

EU, FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

CPF. _____ RG. _____ Estou ciente que o Hospital Batista Memorial não cobra de pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de honorários médicos referentes aos internamentos ou procedimentos hospitalares oriundos do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

ASS. PACIENTE Fco. Evaldo B de Lima

ASS. RESPONSÁVEL Fco. Evaldo B de Lima

Fortaleza, ____/____/____

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.26[illegible]001 - 34

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

17

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
Rua Professor Dias da Rocha, nº 1530 - Aldeota
Fone: (085) 3261 2999 - Fortaleza-CE

TERMO DE RESPONSABILIDADE CIRURGIA DE RISCO

Eu, A MESMA, RG: 2529699-92 SSP CE, CPF: , Responsável pelo paciente: Francisco Evaldo Bernardo De Lima DOCUMENTO:_____.

Declaro que fui esclarecido(a) a respeito dos riscos da morbidade e mortalidade da Cirurgia de: _____ _____ a que serei submetido(a).

Estou de Pleno acordo com a intervenção cirúrgica proposta pela equipe médica. Aceito os riscos da cirurgia, da anestesia, da transfusão de sangue e seus derivados, bem como o uso de medicamentos e autorizo a referida intervenção.

OBS: _____

Responsável: A MESMA
Endereço: ST SITIO SANTO ANTONIO, S/N , ZONA RURAL
CPF:
RG: 2529699-92 SSP CE

Testemunha:
Endereço: _____
CPF: _____
RG: _____

Fortaleza(CE), FORTALEZA, 19 de ABRIL de 2017.

Paciente/Responsável: Francisco Evaldo B de Lima

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.2[illegible]6/0001-34

18

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
Rua Professor Dias da Rocha, nº 1630 - Aldeota
Fone: (085) 3261 2999 - Fortaleza-CE

TERMO DE RESPONSABILIDADE CIRURGIA DE RISCO

Eu, A MESMA, RG: 2529699-92 SSP CE, CPF: , Responsável pelo paciente: Francisco Evaldo Bernardo De Lima DOCUMENTO:_____.

Declaro que fui esclarecido(a) a respeito dos riscos da morbidade e mortalidade da Cirurgia de: _____ _____ a que serei submetido(a).

Estou de Pleno acordo com a intervenção cirúrgica proposta pela equipe médica. Aceito os riscos da cirurgia, da anestesia, da transfusão de sangue e seus derivados, bem como o uso de medicamentos e autorizo a referida intervenção.

OBS: _____

Responsável: A MESMA
Endereço: ST SITIO SANTO ANTONIO, S/N , ZONA RURAL
CPF:
RG: 2529699-92 SSP CE

Testemunha:
Endereço: _____
CPF: _____
RG: _____

Fortaleza(CE), FORTALEZA, 19 de ABRIL de 2017.

Paciente/Responsável: Francisco Evaldo B de Lima

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07 [illegible] 0001 - 34

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 · Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MBM SEGUROS PREVIDÊNCIA S/A. 03 OUT 2017 NOME:

NOME DO PACIENTE: Francisco Evaldo Bernardo		ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO		ASS. ENFERMAGEM
19/04/17	(1) DIETA PASTOSA LIQUIDIFICADA	SND		
	(2) DIPIRONA 500mg VO 6/6H SN	SNV		
	(3) SSVV + CLGG	Turno		
	(4) HIGIENE ORAL 4x/DIA	8H 16	12	
	(5) SOLICITO HG E HEMATOLÓGICO	ATT		
	Dr. Murilo Teixeira Cirurgião Dentista Traumatologia Buco-Maxilo Facial CRO 7546			
	HOSPITAL BATISTA MEMORIAL			

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA R CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1 0 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

SEGUROS COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA S/A. 03 OUT 2017 Nome:

21

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Francisco C[illegible] ENFERMARIA/LEITO 320 CONVÊNIO: SUS Nº PRONTUÁRIO

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	
12.04.17			Ao 22 h 10 h - F.E.B	M
			07, 46 A, paciente cons	
			cítido lúcido orient.	T -
			da hospitalização, pro	
			cedente do TIE, pós	N -
			procedimento cirúrgico	
			gico de RNM, c/ DR.	M
			gico de Ortopedia. Pós	
			operatório imediato,	T -
			hemodinamicamente	
			estável, sedado,	
			hidratado, sem	N -
			queixas dolorosas	
			em Dr. Ortopedia. Nº	
			com DM HAS e Obes.	
			pós medicamentosa	M
			Segue com cuidados	
			de enfermagem.	T -
			Ana Lúcia Barbosa Cordeiro TÉC. DE ENFERMAGEM COREN	N -
	Ass:	Ass:	Ass:	
	COREN:	COREN:	COREN:	

	GLICEMIA CAPILAR
	HIGIENE ORAL
	MUDANÇA DE DECÚBITO
	CURATIVO
Ca	acterística da Ferida:
a -	( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca
	( ) Hiperemiada
b -	( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II
	( ) estágio III ( ) estágio IV
c -	( ) Exudato seroso
	( ) Exudato serosanguinolento
	( ) Exudato sanguinolento
	( ) Exudato purulento
d -	( ) Tecido de granulação
	( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina
Ass:	

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Tomás, 2056 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone: (85) 4005-2999 – Fax: (85) 4005-2945

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

DATA	HORA	•EVOLUÇÃO•
19/04/17	*BMF	PACIENTE RELATA SER VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO
		DIA 10/04/2017 COM PERDA EM FACE. ENCONTRA-SE ORIENTADO
		AFEBRIL E EUPNÉICO. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO DE
		ABERTURA BUCAL, DESOCLUSÃO DENTÁRIA E MOBILIDADE
		DOS COTOS MANDIBULARES FRATURADOS.
		PARTE DE MANDÍBULA
		CD: INTERNAR
		2. SOLICITO ECG E HEMATOLÓGICO
		Dr. Murilo Teixeira Residente Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial CRO 7545
20/04		Paciente relata ser vítima de acidente motociclístico dia 10/04. Evolui orientado, eupneico e afebril. Ao exame apresenta limitação de abertura bucal, desocclusão dentária e mobilidade dos cotos mandibulares fraturados. Higiene bucal deficiente. Parto: 2º mandibular. Aguardo H. cirúrgico. Aguardo ECG e hematologia.
		Dr. Luiz Sangelo Muniz Barbosa Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente CRO 7815
20/04/17		CD: Solicito Panorâmica e AP de Tórax.

NOME: Francisco Evaldo Bernardo de Lima

APTO./LEITO:

CONV.:

COMPREV SEGUROS PREVIDÊNCIA S/A. 03 OUT 2017 Nome:

Mod. (SAME) H.B.M. - 23 x 33

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 – Fax (85)3261-1849

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Francisco Evaldo Fernandes		ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO
DATA	**PRESCRIÇÃO MÉDICA**	**HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO**		**ASS. -ENFERMAGEM**
20/04	1) DIETA PASTOSA LIQUIDIFICADA	SVD		
	2) DIPIRONA 1g SOLUÇÃO 6/6 SN	SN (28/04)		
	3) SOVV: CCGG	Rotina		
	4) HEPARINA DIARIA 5000UI	8	14	22
	5) AGUARDO PCC E HEMATOLÓGICO	DH		
20/04	1) Solicito R. Pneumonia e Col. Torácica			
				Enfª Técnica
				COREN

Dr. Luiz Sérgio Muniz Barbosa
Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial
Residente CRO 7815

GASTO CIRÚRGICO

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

DIA	MÊS	ANO
22	04	17

Nome do Paciente: Francisco Eurano Bernardino de Lima

CID: S026

Diagnóstico: Fratura de mandíbula. (S026)

SSM: 04.04.02.050-0
04.04.02.046-2
04.04.02.047-0

Início	Término	Duração
11:00	12:30	1:30

OXIGÊNIO		
Início	Término	Total/Horas

OXIGÊNIO NITROSO		
Início	Término	Total/Horas

Operação: 1) Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula (04.04.02.050-0)
2) Osteotomia de mandíbula. (04.04.02.046-2)
3) Bloqueio de sulco bucal-labial. (04.04.02.047-0)

MEDICAMENTOS	TIPO	QUANT.	MEDICAMENTOS/MATERIAIS	TIPO	QUANT.
Adrenalina injt			Abbocath		
Água destilada			Fluothane		
Atropina injt			Halotano		
Tracrium			Keflin 1 gr	Anvl	
Pavulon			Binotal 1 gr		
Prostigmine injt			Quemicetina 1 gr		
Flaxedil injt			Claforan 1 gr		
Orastina injt			Recefin 1 gr		
Efortil ou Efedrina			Xilocaína 2% S/Vaso		
Queticin injt	Anvl		Xilocaína 2% C/Vaso		
Thionembutal			Xilocaína Pesada		
Fentanil injt	Anvl		Marcaína 5% S/Vaso		
Inoval injt			Marcaína 5% C/Vaso		
Valium			Soro Glicosado 5% 500 ml		
Dimorf			Soro Fisiológico 9% 500 ml	Anvl	
Tramal			Soro Glico-Fisiológico		
Dolantina			Sol. Ringer C/Lactato	Anvl	
Dorminid			Sol. Eletrolítica 500 ml		
Ketalar			Sol. Manitol 250 ml		
Lanexate			Solu-Cortef		
Narcan			Protamina 1000-Ui		
Scalp			Bicarbonato de Sódio		
Equipo p/Soro	Anvl		Cloreto de Sódio		
Equipo Micro-Gotas			Revivan / Dopamina		
Anvl Propofol			Clexane (50 mg)	Anvl	
Anvl Bupivacaina			Anvl NAN com.		
Fenaxol Esp	Anvl				

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) Paciente em decúbito dorsal horizontal
2) Antissepsia dos campos
3) Aplicação nos campos
4) Intubação com tubo oral
5) Cimetidina 1 200 mg em bolus submaximal
5) Acesso de Risdon + dissecção regional.
6) BMN com 4 parafusos 2.0
7) Osteotomia de mandíbula. (04.04.02.046-1)
8) Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula c/ placas 2.0 + 10 parafusos (04.04.02.050-0)
9) Permanência de sulco bucal-labial após extubação no mínimo 48 h
10) Sutura.

Dr. Diego Feijão
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
CROICE 6947

TIPOS DE CIRURGIAS

Limpa:		Contaminada	
Potenc. Contaminada:		Infectada	
Cirurgião: Dr. Diego Feijão		1º Auxiliar: Dr. NEY	
2º Auxiliar: Dr. [illegible]		2º Auxiliar:	
Perfusionista:		Instrumentalista:	
Anestesista: Dr. Bruno		Circulante:	

Nome:

MATERIAIS	TIPO	QUANT.	MATERIAIS	TIPO	QUANT.	ÓRTESES E PRÓTESES	TIPO	QUANT.
Atadura de Gesso ( ) cms			agulha 40x12	uni	03			
Algodão ~~Ortopédico~~ Hidrofilo	bola	02	Vaqueta 25x07	uni	03			
Acilex								
Água Destilada 1000 ml			Seringa Descartável (10) ml	uni	02			
Atadura de Crepon ( ) cms			Seringa Descartável (20) ml	uni	03			
Atadura de Crepon ( ) cms			Sonda Plástica Nº			Parafusos		
Bolsa de Colostomina			Sonda Uretral Nº					
Borracha P/Aspirador (Látex)	uni	03	Sonda P/Aspiração Nº 14	uni	01			
Cera P/Osso			Sonda Foley Nº ( ) Vias					
Compressa de Gaze Pequena			Sonda Foley Nº ( ) Vias			Fio de Steimam		
Compressa de Gaze Grande c/5	uni	02	Gelfoam					
Coletor de Urina Urofix			Hypaque					
Coletor de Sistema Fechado			Soluções Degermante	ml	200			
Dreno de Kerr			clorexidina Alcoolica	ml	100	Fio de Kirschiner		
Dreno Penrose			Alcool 70%	ml	0,50			
Fita Cardíaca			SF 0,9%	tubo	03			
Faixa de Smarch			Ringer c/ lactato	tubo	02			
Mascara	uni	10	Bisturi Elétrico	—	sim	Dreno de Sucção		
Gorro	uni	02	Monitor	—	sim			
Propés	uni	20	Oxímetro	—	sim			
Gaze Acolchoada			Fotolux					
Gaze 7,5 x 7,5 c/10	uni	05	Microscópio					
Lâmina de Bisturi Nº 15	uni	01	Gel P/ ECG	g	0,50			
Lâmina de Gilette	~~par~~		Esparadrapo	cm	100			
Luva Cirúrgica Nº 7,0	par	02	Micropore	cm	0,80			
Luva Cirúrgica Nº 7,5	par	03	luvas de procedimento	uni	10			
Luva Cirúrgica Nº 8,0	par	01						
Touca	uni	06						
equipo Macrogotas	uni	01						
Extensor de equipo	uni	01						
Abocath nº 20	uni	01						
Eletrodo	uni	05						
Cateter nasal	uni	01						

INSTRUMENTADORA: Jangelo + Rivi

CIRCULANTE: Hilton + Edileuza

COMPANHIA EVA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 03 OUT 2007 RECEBIDO ROUBO

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

GASTO CIRÚRGICO

DIA	MÊS	ANO
22	04	21

Nome do Paciente: Francisco Eurico Bernardo de Lima

CID: S026

Diagnóstico: Fratura de mandíbula. (S026)

SSM: 04.04.02.050-0
04.04.02.046-1
04.04.02.047-0

Início	Término	Duração
11:00	12:30	1:30

OXIGÊNIO

Início	Término	Total/Horas

OXIGÊNIO NITROSO

Início	Término	Total/Horas

Operação: 1) Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula (04.04.02.050-0)
2) Osteotomia de mandíbula. (04.04.02.046-1)
3) Reconstrução de sulco gengivo-labial. (04.04.02.047-0)

MEDICAMENTOS	TIPO	QUANT.	MEDICAMENTOS/MATERIAIS	TIPO	QUANT.
Adrenalina injt			Abbocath		
Água destilada			Fluothane		
Atropina injt			Halotano		
Tracrium			Keflin 1 gr	Incl	
Pavulon			Binotal 1 gr		
Prostigmine injt			Quemicetina 1 gr		
Flaxedil injt			Claforan 1 gr		
Orastina injt			Recefin 1 gr		
Efortil ou Efedrina			Xilocaína 2% S/Vaso		
Quelicin injt	Incl		Xilocaína 2% C/Vaso		
Thionembutal			Xilocaína Pesada		
Fentanil injt	Incl		Marcaína 5% S/Vaso		
Inoval injt			Marcaína 5% C/Vaso		
Valium			Soro Glicosado 5% 500 ml		
Dimorf			Soro Fisiológico 9% 500 ml	Incl	
Tramal			Soro Glico-Fisiológico		
Dolantina			Sol. Ringer C/Lactato	Incl	
Dorminid			Sol. Eletrolítica 500 ml		
Ketalar			Sol. Manitol 250 ml		
Lanexate			Solu-Cortef		
Narcan			Protamina 1000-Ui		
Scalp			Bicarbonato de Sódio		
Equipo p/Soro	Incl		Cloreto de Sódio		
Equipo Micro-Gotas			Revivan / Dopamina		
Incl Propofol			Clorafenicol 150 mg	Incl	
Incl Bupivacaina			Incl Nimesulida		
Epinephrine 1mg	Incl				
Fentanil 100 mg	Incl				

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) Paciente em decúbito dorsal horizontal
2) Anestesia dos campos
3) Assepsia dos campos
4) Hemostasia com adrenalina 2%
5) Epinefrina 1 200.000 em área submandibular
5) Acesso de Risdon + dissecção facial.
6) BNM com 4 parafusos 2.0
7) Osteotomia de mandíbula. (04.04.02.046-1)
8) Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula c/ 2 placas 2.0 + 10 parafusos (04.04.02.050-0)
9) Reconstrução de sulco gengivo-labial após evolução no mês 48
10) Sutura.

Dr. Diego Feijão
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
CROICE 6947

TIPOS DE CIRURGIAS

Limpa:		Contaminada	
Potenc. Contaminada:		Infectada	
Cirurgião: Dr. Diego Feijão		1º Auxiliar: Dr. Neto	
2º Auxiliar: Dr. Tarik		2º Auxiliar:	
Perfusicionista:		Instrumentalista:	
Anestesista: Dr. Bruno		Circulante:	

COMPRESSURIZAÇÃO CIRÚRGICA
Nome:

"MEDICINA R CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1 0 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

IB/PS 29/10/13

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Francisco Caldo R nando | ENFERMARIA/LEITO 320 | CONVÊNIO: SUS | Nº PRONTUÁRIO

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM MANHÃ	TARDE	NOTURNO
12.04.17			Às 22:10h - F.E.B. 07, 46A, paciente admitido nesta unidade hospitalar, proveniente do TRF, p/ procedimento clínico gico do TRF, c/ DA. Fez uso de Oxigênio. Veio consciente, orientado, verbalizando, deambulando, sem queixas em Dr. Ambulatorial. Nº 2a DM, HAS e Alérgico medicamentosa. Segue os cuidados de Enfermagem.
	Ass:	Ass:	Ass:
	COREN:	COREN:	COREN:

Ana Lúcia Barbosa Cordeiro
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN

	GLICEMIA CAPILAR
M	
T	
N	
	HIGIENE ORAL
M	
T	
N	
	MUDANÇA DE DECÚBITO
M	
T	
N	
	CURATIVO
	Característica da Ferida:
a -	( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca
	( ) Hiperemiada
b -	( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II
	( ) estágio III ( ) estágio IV
c -	( ) Exudato seroso
	( ) Exudato serosanguinolento
	( ) Exudato sanguinolento
	( ) Exudato purulento
d -	( ) Tecido de granulação
	( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina
Ass:	

COMPRESSAS SEGURAS COMPREVIDENCIA E PREVIDÊNCIA 03 OUT 2017 Nome:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 · Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 OUT 2017
Nome:

NOME DO PACIENTE: Francisco Evaldo Bernardo		ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO		ASS. -ENFERMAGEM
19/04/17	(1) DIETA PASTOSA LIQUIDIFICADA	SND		
	(2) DIPIRONA 500mg VO 6/6H SN	SNJ		
	(3) SSNJ + CLG	Tatina		
	(4) HIGIENE ORAL 4x/DIA	~~8H~~ ~~16~~ ~~12~~		
	(5) SOLICITO ECG E HEMATOLÓGICO	ATT		

Dr. Murilo Teixeira
Residente Cirurgião Traumatologia Bucomaxilo Facial
CRO 7546

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ: 07.[illegible]/0001-34

"MEDICINA E AM CRISTÃO CUIDANDO DE VC CÊ"
Ru Prof. Dias da Rocha, 153 Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 04.5417 - Fax: (85) 3261.184

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

COPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 03 OUT 2017 DEC. 18/PS 29/10/13

29

Nome:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Fco Eurilcto Bernardo | ENFERMARIA/LEITO 320 | CONVÊNIO: SUS | Nº PRONTUÁRIO

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			GLICEMIA CAPILAR
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	
29.04.17	às 10:00 paciente F.			M -
	t.3 no P.O de BMF			
	acordado consciente, orien-			T -
	tado, verbalizando, deam-			
	bulando, aceitando ao			N -
	O2 ambiente e hidratado			HIGIENE ORAL
	venosa sinto medica-			M -
	ção administrada por VO			
	com AVP sem sinais de			T -
	inflamação e infiltração do			
	mesmo por ocasião			N -
	troca de local, eli-			
	minações fisiológicas			MUDANÇA DE DECÚBITO
	presentes, de que seus			M -
	cuidados de enferma-			
	gem - Bruna COREN 816			T -
	Paciente às 11:30 re-			N -
	cebeu alta hospitalar			CURATIVO
	Bruna COREN 816			Característica da Ferida:
				a - ( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca
				( ) Hiperemiada
				b - ( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II
				( ) estágio III ( ) estágio IV
				c - ( ) Exudato seroso
				( ) Exudato serosanguinolento
				( ) Exudato sanguinolento
	Ass:	Ass:	Ass:	( ) Exudato purulento
				d - ( ) Tecido de granulação
				( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina
	COREN:	COREN:	COREN:	Ass:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-150 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 – Fax (85)3261-1849

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 03 OUT 2017 Nome:

30

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Fco Euraldo Bernardo.		ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO		ASS. -ENFERMAGEM
29.04.17	(1) Dieta Pastosa liquidificado	SND		
	(2) Dipirona ev 1 fcc 4/4h, 8/8h (EV)	S/N		
	06/06 hrs S/N			
	(3) Amox 50mg/kg (EV) 08/08 hrs	22	06	14
	(4) SSVV + CC 6S	ATT		
	(5) Alta Hospitalar	ATT		
	Dra. Ruchnete Teles Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo - Facial Residente - CRO-CE 8115			
			Tamyta Sales Enfermeira COREN 453367	
	HOSPITAL BATISTA MEMORIAL			

"MEDICINA E A) CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 153) Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85)) 224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

JB/PS 29/10/13

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: [illegible] | ENFERMARIA/LEITO [illegible] | CONVÊNIO: SUS | Nº PRONTUÁRIO

COMPREV SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL
DEC. 03 OUT 2017
Nome:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO
16.04.17	Ao iniciar o P.E. [illegible] paciente no P.O. Clínica de RMF. Evolui com [illegible] consciente, orientado, [illegible] verbalizando, [illegible] ventilando em [illegible] mucosa em O2 ambiente, [illegible] aceita dieta oferecida + med oferecida [illegible] AVP em MSE [illegible] em MSD, [illegible] Banho parcial [illegible] Eliminações [illegible] PA 110 x 70 mmHg T: 36,1°C [illegible] pós operatório de RMF	às 14h: pcte no P.O. Clínica de TCE em estado consciente, orientado, verbalizando, deambulando sem [illegible] aceita dieta oferecida + med oferecida [illegible] AVP em MSD, [illegible] banho parcial [illegible] ausentes no momento e [illegible] que a cuidadora de enfermagem [illegible]	às 21:30hs, pcte no pós clínico, no P.O. de BMF, evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceita dieta oferecida + med oferecida c/ AVP salinizado em MSD, diurese presente, segue aos cuidados de enfermagem. Raquel 662.825
	Ass:	Ass:	Ass:
	COREN:	COREN:	COREN:

Ana Lúcia Barbosa Cordeiro
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-CE 1[illegible]

Ana Paula L. Caetano
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 1[illegible]

GLICEMIA CAPILAR	
M -	
N -	

HIGIENE ORAL	
M -	
T -	
N -	

MUDANÇA DE DECÚBITO	
M -	
T -	
N -	

CURATIVO

Característica da Ferida:

a ( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca
( ) Hiperemiada

b - ( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II
( ) estágio III ( ) estágio IV

c - ( ) Exudato seroso
( ) Exudato serosanguinolento
( ) Exudato sanguinolento
( ) Exudato purulento

d - ( ) Tecido de granulação
( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina

Ass:

32

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 – Fax (85)3261-1849

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 03 OUT 2017 Nome:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Fco Evaldo Bernardo	ENFERMARIA/LEITO 327	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. -ENFERMAGEM
28/04/17	(1) DIETA PASTOSA LIQUIDIFICADA	SVD	
	(2) KEFAZOL 1g EV 6/6h D7	18 CH 06 SC	
	(3) RANIPEND 100mg 100ml SF 0,9% EV 12/12h	CH 80	
	(4) DIPIRONA 2cc + 8cc SF 0,9% EV 6/6h SN	SN	
	(5) ATIVAN 50mg EV 8/8h	22 06 SN	
	(6) NICLONG OCAL 4x/DIA	18 CH 06 SC	
	(7) SVD + CCGG	Rotina	
	(8) CLEO MINERAL 3x/DIA SN	18 06 SC	
	(9) REVASCO Cx P.O	OH	
	Dr. Hyago Marx R. Pessoa Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Residente IJF CROCE 0125		
			Enf: Tolyto 1540248

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL CAPELA

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1530 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

33

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: João Evaldo Bernardo.	ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO: SUS	Nº PRONTUÁRIO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 08 OUT 2017 Nome:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO
27.04.17	9:25 Paciente no pós-op de BMF, e-dema, consciente orientado, verbalizando, deambulando, eupneico em ar ambiente, afebril normotenso, aceita dieta VO, AVP no MSE, paliativado, higienizado por aspersão + troca de lençois, elimina gases +, pequenos cuidados de enfermagem. PA = 110x80 mmHg T = 36,5°C	14:00h - F.E. [illegible] paciente no pós-op de BMF. [illegible] consciente, orientado, verbalizando, [illegible] dieta VO, [illegible] em Dr. Dupla [illegible] dieta VO, [illegible] por [illegible] AVP em MSE [illegible] PA = 110 x 90 mmHg T = 35,2°C. Às 15:50 foi [illegible] AVP com [illegible] 22, em MSD com [illegible] Ana Lúcia Barbosa Cordeiro TÉC. DE ENFERMAGEM COREN-[illegible]	20:05h [illegible] F.E.B em [illegible] de BMF [illegible] consciente, orientado, verbalizando, [illegible] dieta VO [illegible] e/ou [illegible] MSD [illegible] por [illegible] PA = [illegible] T = 35°C [illegible]
	Ass:	Ass:	Ass:
	COREN:	COREN:	COREN:

GLICEMIA CAPILAR
M -
T -
N -

HIGIENE ORAL
M -
T -
N -

MUDANÇA DE DECÚBITO
M -
T -
N -

CURATIVO
Característica da Ferida:
a - ( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca
( ) Hiperemiada
b - ( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II
( ) estágio III ( ) estágio IV
c - ( ) Exudato seroso
( ) Exudato serosanguinolento
( ) Exudato sanguinolento
( ) Exudato purulento
d - ( ) Tecido de granulação
( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina
Ass:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2851 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1849

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Geo Evaldo Bernardo	ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. -ENFERMAGEM
27.04.17	① Dieta pastosa liquidificada	SND.	
	② Kezapol 1g EV 6/6h D6	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ ~~12~~.	
	③ Propend 100 mg: 100ml SF 0,9% EV 12/12	D6 ~~22~~ ~~10~~	
	④ Dipirona 2ml: 18ml SF 0,9% EV 6/6h SN	S/N	
	⑤ Antak 50 mg EV 8/8h	~~22~~ 06 ~~14~~	
	⑥ Heparina ant 4x/dia	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ ~~12~~	
	⑦ SSVV + CCGG	Rotina	
	⑧ Óleo mineral 3x/dia SN	S/N.	
	⑨ Aguardo exame Rx PO	AT ( )	
	Luiz Sérgio M. K. CRO 7815		
			Rafaela Felix Enfermeira COREN-CE 468545

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 15 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 03 OUT 2017 JB/ 5 25/10/23 Nome:

35

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Fco Aurélio Bernardo | ENFERMARIA/LEITO: 320 | CONVÊNIO: | Nº PRONTUÁRIO:

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – MANHÃ	TARDE	NOTURNO	GLICEMIA CAPILAR / HIGIENE ORAL / MUDANÇA DE DECÚBITO / CURATIVO
26.04	10.00 Paciente no Pós operatório de BMF evolui consciente, orientado, verbaliza, deambula, aceita dieta, eliminações ok, ambiente, clínica, aceita dieta + medicações operada VO, sem sinais de Dor, AVP em MSE salinizado, deambula, higiene oral, curativo abdominal limpo e seco, sem sinais de complicações, Glicemia capilar ok, PA = 120x80 mmHg, T = 36,8°C Tatiane 70591	As 14:40hs - P.O. de BMF. Paciente consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceita dieta oferecida + med. VO, operada por VO, AVP em MSE, deambula, higiene oral, curativo limpo e seco, sem sinais de complicações, Glicemia capilar ok, PA = 120x80 mmHg, T = 35°C Ana Lúcia Barbosa Coelho TEC. DE ENFERMAGEM COREN	As 21:00hs, pós no P.O. de BMF, evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceita dieta oferecida + med. VO, c/ AVP salinizado em MSE, diurese presente, segue aos cuidados de enfermagem. Raquel 662.825	M - T - N -
	Ass:	Ass:	Ass:	

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

36

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICI IA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thon ás, 2856 – Aldeota - CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fon (85)3224-5417 – Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA 320

NOME DO PACIENTE: Eurico Evaldo Bernardo	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. -ENFERMAGEM
26.09.17	(1) DIETA PASTOSA LIQUIDIFICADA	SND.	
	(2) KETAROL 1g EV 6/6h D5	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ ~~12~~.	
	(3) PROFENID 100mg 100ml SF 0,9% EV 12/12h D5	~~22~~ ~~10~~	
	(4) DIPIRONA 2cc 18cc SF 0,9% EV 6/6h SN	S/N	
	(5) ANTAK 50mg EV 8/8h	~~22~~ ~~06~~ ~~14~~	
	(6) HIGIENE ORAL 4x/dia	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ ~~12~~.	
	(7) SSVV + CCGC	Rotina.	
	(8) OLEO MINERAL 3x/dia SN	S/N	Rafaela Felix Enfermeira COREN-CE 488548
	(9) ACURADO EXPRE RX PO	ATT	
	Dr. Hugo Marcio R. Pessoa Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Residente UFC		

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1530 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: ( ) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. RECEBIDO 03 OUT 2017 Nome:

37

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Pe Evaldo Bernardo | ENFERMARIA/LEITO 320 | CONVÊNIO: SUS | Nº PRONTUÁRIO

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			GLICEMIA CAPILAR
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	
25.04.17	10.00 Paciente em	13:40 Paciente T.E.	22:35 paciente no pos	M -
	Pós operatório de 3ºa	B.8 evolui (Digo) em	op. de RM leito	
	evolui consciente, ori	TTO clínico de RMF	UTI consciente	T -
	entado, unbelego, dem	evolui consciente, orien	orientado, ver	
	bula, eupneico com O2	tado, verbalizando,	pergunta, atende	N -
	ambiente, aceita	deambulando, com	bem, aceita die	HIGIENE ORAL
	dieta + medicação EV	ao em O2 ambiente	ta, AVP patent	M -
	com SIP 3mm E	aceita dieta + medi	ado, elimina	
	silenciado p/ Tm	cação oferecida, em	coi fisiologica	T -
	higienizado no ombro	AVP em MSE, elimi-	predito, PA 110	
	Trocou de fenda	nação fisiologicas	x80 mmHg, fega	N -
	eliminações fisiologicas	presentes, segue nos	os cuidados de en	
	PA 130x80 mmHg	cuidados de enfermagem	fermeira 14824,	MUDANÇA DE DECÚBITO
	T 36º Taticia B	Sem. PA= 12cx80mm-	dego direita pe	M -
	40 39.6 — x —	Hg T: 36C - Pruma	lota, Fernanda 14824	
	taticia 39.6	Rodrigues 00117086 —		T -
				N -
				CURATIVO
				Característica da Ferida:
				a - ( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca
				( ) Hiperemiada
				b - ( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II
				( ) estágio III ( ) estágio IV
				c - ( ) Exudato seroso
				( ) Exudato serosanguinolento
				( ) Exudato sanguinolento
	Ass:	Ass:	Ass:	( ) Exudato purulento
				d - ( ) Tecido de granulação

Nº CNPJ 07.272.636/0001-34

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 – Fax (85)3261-1849

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Jo Evaldo Bernardo	ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. -ENFERMAGEM
25.04.17	Dieta Pastosa liquidificada.	SVD	
	① Ketorol 1a EV 6/6H D4	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ ~~12~~	
	② Pantoprazol 40mg: 100ml SF 0,9%	~~20~~ 20 FP	
	EV 12/12H D4-D5.		
	③ Dipirona 2g: 100ml SF 0,9%	SN	
	EV 6/6H SN.		
	④ Dexa 8mg EV 8/8hs	~~06~~ ~~06~~ ~~14~~	
	⑤ Heparina cal 5.000UI	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ ~~12~~	
	⑥ SSVV + CCGG.	Rotina	
	⑦ Cloro mineral 3x/dia.	~~16~~ ~~24~~ ~~08~~	
	⑧ Aquecedor pulmonar PO	04	
			Enfª Talita 25/04/18

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL CNES 2342034

Dra. Rucinete Teles
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo - Facial
Residente CRO-CE 8115

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1530 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

COMPREV SEGUROS DE PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

39

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: [illegible] Cardoso Bernardo | ENFERMARIA/LEITO: [illegible] | CONVÊNIO: SUS | Nº PRONTUÁRIO:

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	GLICEMIA CAPILAR
24.04.17	Ao horas - Paciente no P.O. de RMF. Evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, [illegible] do, [illegible] Dieta [illegible] e c/ AVP em MSD [illegible] Bankpat [illegible] Dieta [illegible] PA = 120x80 mmHg T = 36°C	Ao 14h00 - F.E.B. no paciente no PO de RMF. Evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, [illegible] Dieta [illegible] AVP em MSD [illegible] Dieta [illegible] AVP em MSD [illegible] Seguir os cuidados de Enf. PA = 120x70 mmHg T = 36,2°C — Ana Lúcia Barbosa Cordeiro TÉC. DE ENFERMAGEM COREN [illegible]	Às 21:40 hs, paciente no P.O. de RMF, evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceita dieta oferecida + med., c/ AVP sadinizado em MSD, [illegible] Verifique os cuidados de enfermagem. — Raquel COREN 225	M - T - N -
				HIGIENE ORAL
				M - T - N -
				MUDANÇA DE DECÚBITO
				M - T - N -
	Ana Lúcia Barbosa Cordeiro TÉC. DE ENFERMAGEM COREN-[illegible]			CURATIVO
				Caracteristica da Ferida:
				a - ( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca ( ) Hiperemiada
				b - ( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II ( ) estágio III ( ) estágio IV
				c - ( ) Exudato seroso ( ) Exudato serosanguinolento ( ) Exudato sanguinolento ( ) Exudato purulento
	Ass:	Ass:	Ass:	d - ( ) Tecido de granulação ( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

40

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

320

NOME DO PACIENTE: Ecoe Evaldo Bernardo	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. -ENFERMAGEM
24/04/17	① DIETA PASTOSA LIQUIDIFICADA	SND	
	② KEFAZOL 1g EV 6/6h D3	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ ~~12~~	
	③ PROFENID 100mg : 100ml SF0,9% EV 12/12h	~~22~~ ~~10~~	
	④ DEXAMETASONA 4mg EV 8/8h D2-D3	~~16~~ ~~24~~ ~~08~~	
	⑤ DIPIRONA 2cc : 18cc SF0,9% EV 6/6h SN	SIN	
	⑥ ANTAK 50mg EV 8/8h	~~22~~ ~~06~~ ~~14~~	
	⑦ HIGIENE ORAL 4x1 DIA	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ ~~12~~	
	⑧ CCGO + SSVV	Rotina	
	⑨ ÓLEO MINERAL 3x1 DIA	~~16~~ ~~24~~ ~~08~~	
	Dr. Luiz Sangelo Muniz Burbost. Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial Residente CRO 7815		Rafaela Felix Enfermeira COREN-CE 463545

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL CNPJ: 07.[illegible]/0001-34

"MEDICINA E[illegible]OR CRISTÃO CUID[illegible]NDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1[illegible] - Aldeota - CEP 6[illegible] 140-160 - Fortaleza - Cea[illegible]
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (8[illegible]) 3261.1846

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

JB/PS-[illegible]/10/13

CONTREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 03 OUT 2017 Nome:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Fco Evaldo Bernardo			ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	GLICEMIA CAPILAR	
23.04.17	Pc c/ pte EVB 07 dia pós operatório de BMF evolui com consciente orientado, verbalizando, deambulando, eupneico em ar ambiente, afebril, aceita dieta + med específica via V.O, higienizado por aspersão + troca de fenda AVP em MSE bem alinhado, realizado curativo, eliminações fisiológicas ⊕ e [illegible] dos cuidados de enfermagem. PA 120x70 mmHg T. 36.7 °C	Pc 13:20 pte no pós operatório de BMF evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, eupneico em O2 ambiente, afebril, aceita dieta + med específica via V.O e EV AVP em MSE bem alinhado, curativo ⊕ e seguindo os cuidados de enfermagem. P.A 120x80 mmHg T. 36.7 °C	23:10 pcte no pós op. de BMF evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, eupneico em ar ambiente, afebril, aceita dieta + med específica via V.O e EV AVP em MSE bem alinhado, curativo ⊕ e seguindo os cuidados de enfermagem. PA 120x70 mm Hg. T 36°	M -	
				T -	
				N -	
				HIGIENE ORAL	
				M -	
				T -	
				N -	
				MUDANÇA DE DECÚBITO	
				M -	
				T -	
				N -	
				CURATIVO	
				Característica da Ferida:	
				a - ( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca	
				( ) Hiperemiada	
				b - ( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II	
				( ) estágio III ( ) estágio IV	
				c - ( ) Exudato seroso	
				( ) Exudato serosanguinolento	
				( ) Exudato sanguinolento	
				( ) Exudato purulento	
				d - ( ) Tecido de granulação	
				( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina	
	Ass:	Ass:	Ass:	Ass:	
	COREN:	COREN:	COREN:		

Ana Paula L. Caetano
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 1198.794

Ana Paula L. Caetano
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 1198.794

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1849

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 03 OUT 2017 Nome:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

320

NOME DO PACIENTE: Francisco Euclides Bernardo	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO	Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. -ENFERMAGEM
23/04/17	1) Dieta pastosa líquida fria	SVO	
	2) Keforal 1g EV 6/6h D2	18 24 06 12	
	3) Profenid 100mg : 100ml SFO,9% EV 12/12h	22 10	
	4) Dexametasona 4mg EV 8/8h D2-D3	16 24 08	
	5) Tramal 100mg : 100ml SFO,9% EV 12/12h se dor intensa	S/N	
	6) Dipirona 2g : 100ml SFO,9% EV 6/6h	18 24 06 12	
	7) Amsol 50mg EV 8/8h	22 06 14	
	8) Plamet 10mg EV 8/8h S/N	S/N	
	9) Compressa gelada na face 5x ao dia	20 7 11	
	10) Cabeceira elevada 30°	ATT	
	11) Higiene oral 4x ao dia	18 24 06 12	
	12) SSVV + CE 6/6	ATT	
	13) Solicito Radiografia P.O.	ATT	

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL CNPJ 07 34

Dr. [illegible] CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL CROTOC-AB24

Tatiyta Sales Enfermeira COREN 453307

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 1530 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone: (85) 3224.5417 – Fax: (85) 3261.1846

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Francisco Cunha Barbosa | ENFERMARIA/LEITO 320 | CONVÊNIO: SUS | Nº PRONTUÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO
20.04.17	09:00 Paciente em Pós operatório de BMF – paciente no pós-op. evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceita dieta + medicação oferecida, VO. Acompanhado por familiares + troca de fraldas eliminações fisiológicas. Segue em SVD em drenagem aberta. Segue com Penrose cirúrgico. Curativo limpo e seco. Pen colagem... Tem na 703962 —	Ás 14h – F.E.B. 0 pós-op. de BMF, evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceita dieta oferecida + med. VO. Acompanhado por familiares. Segue com SVD. Diurese presente. Segue com cuidados de enfermagem. Tem na 703962 — P.A 120x70 mmHg — t. 35.6 C —	Ás 22:30hs, pcte no pós-op. de BMF, evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceita dieta oferecida + med. VO., diurese presente, segue com cuidados de enfermagem. — Raquel. 662.825
	Ass:	Ass:	Ass:
	COREN:	COREN:	COREN:

GLICEMIA CAPILAR	
M –	
T –	
N –	
HIGIENE ORAL	
M –	
T –	
N –	
MUDANÇA DE DECÚBITO	
M –	
T –	
N –	
CURATIVO	
Característica da Ferida:	
a – ( ) Incisão cirúrgica	( ) limpa e seca
	( ) Hiperemiada
b – ( ) Úlcera ( ) estágio I	( ) estágio II
( ) estágio III	( ) estágio IV
c – ( ) Exudato seroso	
( ) Exudato seroso sanguinolento	
( ) Exudato sanguinolento	
( ) Exudato purulento	
d – ( ) Tecido de granulação	
( ) Tecido necrótico	( ) Fibrina
Ass:	

COMPRESSAS E CURATIVOS LTDA. RECEBIDO 05 OUT 17 Nome:

43

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 – Fax (85)3261-1849

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 03 OUT 2017 Nome:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Francisco Eudoro Bernardo	ENFERMARIA/LEITO 327	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. -ENFERMAGEM
22/04/17	(1) Dieta Normal Geral	ATT	
	(2) SF 0,9% EV 1000 ml + 28 UI Insulina	500 (16:20) 500 (06:00)	
	SG 5% EV 1000 ml	500 (21:00) 500 ( )	
	(3) Keflezol 1g EV 6/6h (01)	18 24 06 12	
	(4) Tropova 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 12/12h	22 10	
	(5) Dexametasona 4mg EV 8/8h	16 24 08	
	(6) Diclofenaco 2ml (82) SF 0,9% EV 6/6h	18 24 06 12	
	(7) Compressas Geladas em Joelho	N T N	
	(8) Cabeceira elevada 30°	manter	
	(9) Aplicar gelo nos ombros	SN	
	(10) SSW 7 e 16h	ROTINA	
	(11) Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12h (20) (08) SN		
	se dor intensa.		

Dr. Diogo Feijão
Cirurgia Traumatologia
Buco Maxilofacial
CRO/CE 6947

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL CNPJ 01.[illegible]

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Rocha, 15.. - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome: ______

NOME DO PACIENTE: Francisco Evaldo Bernardo **ENFERMARIA/LEITO** 320 **CONVÊNIO:** **Nº PRONTUÁRIO:**

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO
21.04.17	10h Paciente no pós-	As [illegible]h paciente no pós-	Às 21:45 [illegible]
	operatório de BMF	operatório de BMF	[illegible]
	evolui consciente, [illegible]	evolui consciente, [illegible]	[illegible]
	entado, verbalizando	orientado, verbalizando, [illegible]	[illegible]
	deambulando, [illegible]	deambulando, [illegible]	[illegible]
	[illegible] em O2 [illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible] aceitou	[illegible]
	dieta, dieta [illegible] +	dieta + [illegible]	[illegible]
	AVP em MSD, higie-	[illegible] AVP em MSD	[illegible]
	nizado [illegible]	salinizado, elimi-	[illegible]
	+ troca de [illegible]	nações fisiológicas	PA: 100x60 mmHg
	Eliminações [illegible]	[illegible]	T: 35,[illegible]
	Renovado curativo	cuidados de enfer-	[illegible]
	com colagenase	magem	
	PA 110x80 mmHg	P.A: 110x80 mmHg	
	T 36°C [illegible]	T: 36°C	
	[illegible]	Ana Paula F. Caetano Téc. de Enfermagem COREN-CE 1198.794	
	Ass:	Ass:	Ass:
	COREN:	COREN:	COREN:

HOSPITAL [illegible] CNPJ [illegible]-34

GLICEMIA CAPILAR

M -

T -

N -

HIGIENE ORAL

M -

T -

N -

MUDANÇA DE DECÚBITO

M -

T -

N -

CURATIVO

Característica da Ferida:

a - ( ) Incisão cirúrgica ( ) limpa e seca
( ) Hiperemiada

b - ( ) Úlcera ( ) estágio I ( ) estágio II
( ) estágio III ( ) estágio IV

c - ( ) Exudato seroso
( ) Exudato serosanguinolento
( ) Exudato sanguinolento
( ) Exudato purulento

d - ( ) Tecido de granulação
( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina

Ass:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 – Fax (85)3261-1849

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Fco Evaldo Bernardo	ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. -ENFERMAGEM
21.04.17	(1) DIETA PASTOSA LIQUIDIFICADA, À PARTIR DE 22H, DIETA ZERO	SND	
	(2) DIPIRONA VO 500mg 6/6h S/N	S/N	
	(3) SSVV + CC.GG	Rotina	
	(4) HIGIENE ORAL 4x/DIA	18 24 06 12	
	(5) AGUARDO ECG, HEMATOLÓGICO, RX PANORÂMICA E AP DE TÓRAX.	ATT	
	(6) CIRURGIA PREVISTA P/ DIA 22/04/17 Dr. Hyago Marx R. Pessoa Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Residente IJF CRO/CE 9125	ATT	
	(8) ACESSO EM MSD	ATT	
	(9) ABOCATEN + EXTENSOR	ATT	Rabaila Felix Enfermeira
	Dr. Hyago Marx R. Pessoa Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Residente IJF CRO/CE 9125		

HOSPITAL CNPJ 01 ... HOSPITALAR 001-34

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará
Fone (85)3224-5417 – Fax (85)3261-1849

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Francisco Evaldo Bernardo	ENFERMARIA/LEITO 320	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. -ENFERMAGEM
20/04	① DIETA PASTOSA LIQUIDIFICADA	SVD	
	② DIPIRONA 1g SOMA 6/6h SN	SN (2,2,00h)	
	③ SOVV: CCG	Rotina	
	④ HEPARINA 5.000UI SC	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ ~~12~~	
	⑤ AGUARDO FCC E HEMATOLÓGICO	Dtt	
20/04	① Solicito Rx Panorâmico e		
	a Pol Torax		
				Cuiça Tolotti
				4846-13

Dr. Luiz Sangelo Muniz Barbosa
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
Residente CRO 7815

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CNPJ 07.[illegible]/0001-84

Declaracao do proprietario do vei

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, SAMUEL BEZERRA DE LIMA,
RG nº 2001021001072 data de expedição 10/02/01, Órgão SSPDC-CE
portador do CPF nº 008.343.053-99, com domicílio na cidade de
SENADOR POMPEU, no Estado de CEARÁ,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA SAMUEL CAMBRAIA
, nº 349, complemento BAIRRO PATU,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA, cujo o condutor no momento do acidente era FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI
Ano: 2010
Placa: NUZ 3768 / CE
Chassi: 9C2KC1670BR329333
Data do Acidente: 10 / 04 / 2017

SELO DE AUTENTICIDADE 2016 — TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ — SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL — SELO DE CONTROLE — VALIDO SOMENTE COMO SELO DE AUTENTICIDADE
Cartório do Distrito de Bonfim
Senador Pompeu - CE - CEP 63600-000
Celular 99926-5264
Reconheço a(s) firmas(s) de Samuel Bezerra de Lima
(X) Por autenticidade ( ) Por Semelhança. Dou fé. Em Test da Verdade
Bonfim S. Pompeu 29/09/17
Daniele de Oliveira Ferreira
Marta Neiva Pinheiro — Oficiala Interina
☒ Daniele de Oliveira Ferreira — Oficiala Substituta

Local e Data: Senador Pompeu-CE 29/09/17.

Samuel Bezerra de Lima
(Assinatura do Declarante)

Francisco Evaldo Bernardo de Lima
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

OS

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILENE SOARES ROCHA, portador(a) da CNH nº 04675350149, expedido por DETRAN/CE, em 13/11/2012, CPF/CNPJ nº 25.409.016/0001-83, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima

FRANCISCO EVALDO BERNARDO DE LIMA,

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

Profissão: RECUSO INFORMAR Renda Mensal: RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Edilene Soares Rocha

ASSINATURA– PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Declaracao Circular SUSEP 445/1

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 03 OUT 2017
Nome:

SV