

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <i>JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENES</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENES</i>		Profissão: <i>AGRICULTOR</i>	Endereço: <i>PODADO ASSENTAMENTO Sítio JOSÉ</i>	Número: <i>5100</i> Complemento: <i>DT IRAPUA</i>
Bairro: <i>ZONA RURAL</i>	Cidade: <i>CRATEús</i>	Estado: <i>Ceará</i>	CEP: <i>63.700-000</i>	Tel. (DDD): <i>(88) 99968-0286</i>
E-mail:				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: *CAIXA ECONÔMICA FEDERAL*

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, *CRATEús - CE, 20.02.2019.*
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

22 FEV. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DECLARAÇÃO

A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS pessoa jurídica de direito privado, entidade filantrópica de assistência social e à saúde, com fins não lucrativos, com sede na Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, Centro, CEP 63.700-000, Crateús/CE, regularmente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 60.975.737/0076-79, neste ato representado legal abaixo assinado, DECLARA, para os devidos fins, que o paciente **JOAQUIM JÚNIOR CASTRO MENESES** (Prontuário 39586), CPF Nº 826275333-04, foi atendido nesta unidade hospitalar (Hospital São Lucas) ás 22:37h do dia 18/11/2018, referindo haver sofrido acidente de trânsito.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo de declaração.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS

CNPJ Nº 60.975.737/0076-79.

Dr. João Victor Leitão Melo
CREMEC 15432
MÉDICO
CIRURGIA GERAL

Dr. João Victor Leitão Melo

Diretor Técnico

22 FEV. 2019

Hospital São Lucas

www.sociedadebeneficente.org.br

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

DECLARAÇÃO

A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS pessoa jurídica de direito privado, entidade filantrópica de assistência social e à saúde, com fins não lucrativos, com sede na Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, Centro, CEP 63.700-000, Crateús/CE, regularmente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 60.975.737/0076-79, neste ato representado legal abaixo assinado, DECLARA, para os devidos fins, que o paciente JOAQUIM JÚNIOR CASTRO MENESES (Prontuário 39586), CPF Nº 826275333-04, foi atendido nesta unidade hospitalar (Hospital São Lucas) ás 22:37h do dia 18/11/2018, referindo haver sofrido acidente de trânsito.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo de declaração.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS
CNPJ Nº 60.975.737/0076-79.

Dr. João Victor Melo
CREMEC 15492
MÉDICO
CIRURGÃO GERAL

Dr. João Victor Leitão Melo

Diretor Técnico



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **558507399**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 34 038002 02 049800 Medidor Poste
Nome JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES 9226494 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade PV ASSENTAMENTO SAO JOSE 00000 IRAPUA CRATEUS 63700000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 826.275.333-04 CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP	22098	21959	1	139	0	139
----	-------	-------	---	-----	---	-----

DESCRÍÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh 139 0,36315 50,47

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
18/01/2019	18/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7D85.D7C5.7B8E,F57E,A78C,2D2D,A1C8,A907

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	26,20
TRANSMISSÃO	2,79
DISTRIBUIÇÃO	14,93
ENCARGOS SETORIAIS	4,00
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,55

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,17
MULTA MORATORIA	1,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	9,20

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

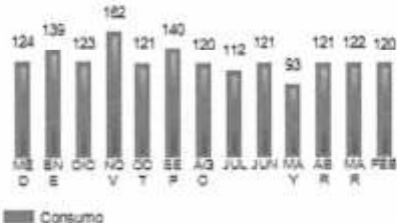
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 27,14

Conjunto

Mês NOV/ 2018

Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica **cliente**

Nº do Cliente: **7127000-0** Nº da Nota Fiscal: **558507399** Total a Pagar (R\$): **60,88**

Data de Emissão: **20/02/2019** Referência: **JAN/2019** Nº de Controle: **0007127000 00039 4340 2 82**

83810000000-0 60880031000-8 00071270000-5 00394340230-6

22 FEV. 2019





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 551940730
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
DEZ/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
8481927 DV 8

VENCIMENTO
10/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
37,14

DESCRIPÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO

End. da Unidade Consumidora RU ZACARIAS CARLOS DE MELO 00584 SAO VICENTE CRATEUS
63700000

RG / CPF / CNPJ 478.864.553-04 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP	8142	8090	1	52	0	52
----	------	------	---	----	---	----

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

52	0,69771	36,28
----	---------	-------

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 04/12/2018	Prev. Próxima Leitura 02/01/2019
---	-------------------------------------

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2137.861B.2CE6.833C.D379.51F2.77A3.EA31

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 36,28	Aliquota 27%	Valor do Imposto 9,79
--------------------------------	-----------------	--------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	14,26
TRANSMISSÃO	1,52
DISTRIBUIÇÃO	8,12
ENCARGOS SETORIAIS	2,18
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	10,20

OUTROS PAGAMENTOS
MULTA MORATÓRIA

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)
0 | 0 | 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

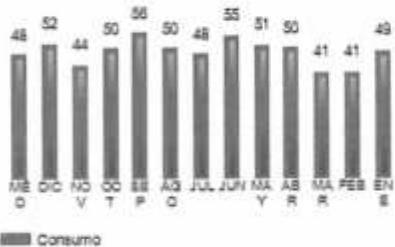
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,97

Conjunto CRATEUS

Mês OUT/ 2018

DIC (h)	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
5,55	11,10	22,21	0,00	0,00	0,00	0,00
3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00	0,00
3,20			0,00			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 8481927-8 Nº da Nota Fiscal: 551940730 Total a Pagar (R\$): 37,14
Data de Emissão: 02/01/2019 Referência: DEZ/2018 Nº de Controle: 0008481927 00017 4320 2 70

83860000000-0 37140031000-5 00084819270-2 00174320253-6



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 FEV. 2019

09 JAN. 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h) Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, FRANCISCO DEUSIMAR FERREIRA DA PONTE, RG nº 134295-1-0, data de expedição 28/12/2015, Órgão POLICIA MILITAR-CE, portador do CPF nº 798.595.263-20, com domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CAPITÃO CASTRO, nº 1176, complemento VENANCIOS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESSES, cujo o condutor era JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESSES.

Veículo: MOTOCICLO Modelo: HONDA/NXR 160cc BROS ESD Ano: 2015/2015

Placa: PMD 1526-CRATEÚS/CE Chassi: 9C2KD0800FR026448

Data do Acidente: 18/11/2018

Local e Data: CRATEUS-CE, 30 DE JANEIRO DE 2019

Francisco Deusimar F. da Ponte

Assinatura do Declarante



joaquim junior de castro meneses

Assinatura do Condutor

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



Conheço a(s) firma(s) por autenticidade
Francisco Deusimar Ferreira da Ponte
Davi fil. CRATEUS-CE

30 JAN 2019
Em Teste de Verdade.



Belo Barreto Cavalcante
 Junior Pimentel Ferreira
 Sorey Barreto Cavalcante
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

22 FEV. 2019

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586	Atendimento 0012	Nome do Paciente JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			CNS 700102909339819	Guia de Autorização	
Documento(s) CPF: 826.275.333-04					Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 30/01/1974	Local CRATEUS/CE				Idade 44 Ano(s)		
Pai JOAQUIM DE MELO MENESSES		Mãe ANTONIA CASTRO DE MENESSES					
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 92087774	
Profissão AGRICULTOR		Empresa	Cônjugue MARIA DO SOCORRO TELES				
Responsável MARIA DO SOCORRO TELES		CPF do Responsável	Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN	Município CRATEUS		UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 18/11/2018	Hora 22:37	Convênio SUS	Matrícula	CID			
Profissional do Atendimento ANTONIO JEAN ANDRE DA SILVA			CRM/UF 18383/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO			
Indicador de Acidente			Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA				
Observação							
Sala		Data/Hora Liberação 18/11/2018 23:12			Tipo de Saída Alta		

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36,1	P (bpm) 44	R (mmHg) 20	PA (mmHg) 140 X 80	Oximetria (%): 97	Glicemia (mg/dL)
-----------	-------------	----------------	---------------	----------------	-----------------------	----------------------	------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 18/11/2018 22:41

Responsável pela Classificação: JEFERSON ALVES VIAN

Relatório:

PACIENTE RELATA TRAUMA E EDEMA NA MÃO ESQUERDA.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

18/11/2018 23:12:17h Responsável: ANTONIO JEAN ANDRE DA SILVA CRM-CE 18383

PCT, 44 ANOS, NEGA ALERGIAS

COMORBIDADES: NEGA

EM USO DE: NEGA

REFERE QUADRO DE: TRAUMA EM MÃO ESQUERDA HÁ CERCA DE 1 HORA.

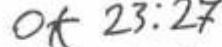
EF: EDEMA IMPORTANTE EM MÃO ESQUERDA

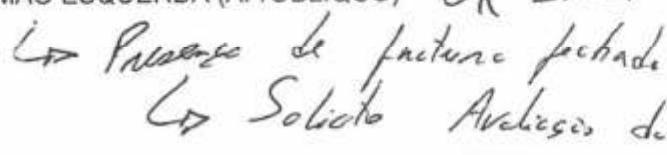
CD:

1- VOLTAREM 75 MG, IM



2- RX DE MÃO ESQUERDA (AP/OBLÍQUO)





 ↳ Presença de fractura fechada



 Antoniô Jean Andre da Silva
 Téc. Enfermagem
 COLENC: 965702



 Dr. Thyago Vieira
 MÉDICO
 CREMEC 18461

ANTONIO JEAN ANDRE DA SILVA - CRM: 18383

22 FEV. 2019



 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
039586 0014 JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES

CNS
700102909339819
Estado Civil
Casado(a)

Guia de Autorização
Sexo
Masculino
Idade
44 Ano(s)

Documento(s)
CPF: 826 275.333-04
Data de Nascimento
30/01/1974 Local
CRATEUS/CE

Pai
JOAQUIM DE MELO MENESSES

Mae
ANTONIA CASTRO DE MENESSES

UF
CE Telefone
88 92087774

Endereço
CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Bairro
ZONA RURAL

Municipio
CRATEUS

Profissão
AGRICULTOR

Empresa

Cônjugue
MARIA DO SOCORRO TELES

Municipio
CRATEUS

Responsável
MARIA DO SOCORRO TELES

CPF do Responsável

Endereço

CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

UF
CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio
19/11/2018 09:58 SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF
6945/CE

Tipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente

Funcionário

MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação

Sala Data/Hora Liberação
_____ / _____ às _____ hs. Tipo de Saída
() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (impm) PA (mmHg) Oximetria (%) Glicemias (mg/dL)
83,000 36,6 52 21 110 X 70 98

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 19/11/2018 10:22

Responsável pela Classificação: PATRICIA ROSA DE AN

Relatório:

PACIENTE COMPARECE AO ATENDIMENTO PARA REALIZAR RAIO X DE CONTROLE.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Tremor mão (E)
u edema (+ +/ + +)
Pa med (E)
ID batte de 30/30/40/50?
metabols

lura gessade
englobando dedo
joaquim junior

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

CRM: 6945
ORTOPEDIA

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
039586 0015 JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES

CNS 700102909339819 Guia de Autorização

Documento(s)
CPF: 826.275.333-04

Estado Civil
Casado(a) Sexo
Masculino

Data de Nascimento Local
30/01/1974 CRATEUS/CE

Idade
44 Ano(s)

Pai
JOAQUIM DE MELO MENESSES

Mãe
ANTONIA CASTRO DE MENESSES

Endereço
CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Bairro
ZONA RURAL CEP
63700-000 Município
CRATEUS

UF CE Telefone
CE 88 92087774

Profissão
AGRICULTOR

Responsável
MARIA DO SOCORRO TELES

CPF do Responsável
Endereço
CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Município
CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio
29/11/2018 08:32 SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF
6945/CE

Tipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente

Funcionário

MONALIZA LOPES CLAUDIO

Observação

Sinais Vitais

Peso (kg) 83,000	Altura (cm) 175	T (°C) 35	P (bpm) 61	R (rpm) 20	PA (mmHg) 150 X 100	Oximetria (%): 98	Glicemia (mg/dL)
---------------------	--------------------	--------------	---------------	---------------	------------------------	----------------------	------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 29/11/2018 10:26

Responsável pela Classificação: LILIAN BATISTA COST

Relatório:

PACIENTE RETORNA PARA REAVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Meu filho
o de meu
no meu braço*

*Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopédia
CRM: 6945*

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Joaquim junior
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES

22 FEV. 2019

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586	Atendimento 0017	Nome do Paciente JOAQUIM JUNIOR CASTRO MELO MESES	CNS 700102909339819	Guia de Autorização		
Documento(s) CPF: 826 275 333-04			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino		
Data do Nascimento 30/01/1974	Local CRATEUS/CE			Idade 44 Ano(s)		
Pai JOAQUIM DE MELO MENESSES		Mãe ANTONIA CASTRO DE MENESSES				
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 92087774
Profissão AGRICULTOR		Cônjugue MARIA DO SOCORRO TELES		Município CRATEUS		UF CE
Responsável MARIA DO SOCORRO TELES		CPF do Responsável	Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN			

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/11/2018	Hora 09:41	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR			CRM/UF 6029/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário ANTONIA VIEIRA DA SILVA	

Observação

Sala	Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs.		Tipo de Saída () Alta		() Internação		() Óbito	
Sinais Vitais	Peso (kg) 80.000	Altura (cm) 36	T (°C) 36	P (bpm) 62	R (rppm) 20	PA (mmHg) 132 X 84	Oximetria (%): 98	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 30/11/2018 09:51

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente com trauma em MSE na mão , ha 13 dias , para retorno medico hoje

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Meu paciente
 que que que
 no meu ato

no meu ato

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM: 6029

 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES

22 FEV. 2019

FICHÁ DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome	JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			Pais Nacionalidade	Brasil	Prontuario/Atendimento	039586/0018
Nascimento	Local	CRATEUS		Estado Civil	Casado(a)	Idade	44 Ano(s)
Sexo	Raça/Cor	Parda	Etnia		CNS	Religião	NÃO DETERMINADA
Masculino					70.0102.909 3398-19		
Documento(s)				Município	CRATEUS-CE	CEP	63700-000
CPF	826.275 333-04			Empresa		Fone Empresa	
Endereço	CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE	Nº	SN	Bairro	ZONA RURAL	CPF do Responsável	Fone Responsável
Fone	(88) 9208-7774	Profissão	AGRICULTOR				
Responsável	MARIA DO SOCORRO TELES			Cônjugue	MARIA DO SOCORRO TELES		
Endereço Responsável	ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN CASA			Pai	JOAQUIM DE MELO MENESSES		
Mãe	ANTONIA CASTRO DE MENESSES						

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora	Quarto/Leito	Aposento	Clinica	Setor
30/11/2018 12:48	006-0001	ENFERMARIA	CIRURGICA	CLINICA CIRURGICA
Convênio		Matrícula	Autorização	Dias Guia
SUS				0
Medico				CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA				6945
CID Principal			CID Complementar	
Observação				
12880031488				
Usuário	Procedimento SUS			Sispronatal
MARIA APARECIDA SOARES XIMENES				
Data Saída	Hora	Condíção da Saída		Usuário Saída

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 30 de novembro de 2018.

22 FEV. 2019

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: MARIA APARECIDA SOARES XIMENES

Joaquim Junior
Assinatura do responsável

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESSES	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/12/2018	ENFERMARIA		007/0001
Profissional Responsável			
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	6945

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 10:00:00

REALIZADO ITEM 4

Maria Soraia N. Barbosa

 RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEVES DE MELLO BARBOSA - COREN-CE 1040498
 COREN/CE: 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 10:56:15

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR POR MELHORA. ENTREGUE AVISO DE ALTA+RECEITA MÉDICAS E ATESTADO.

Maria Soraia N. Barbosa

Tec. de Enfermagem

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEVES DE MELLO BARBOSA - COREN-CE 1040498

X joaquim junior de castro Menezes

22 FEV. 2019

Resumo/Sumário de alta

Paciente: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES	Prontuário: 039586
Data de Nascimento: 30/01/1974	Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESSES
Idade: 44 Ano(s)	Convênio: SUS
Setor: CLINICA CIRURGICA	Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Data da Internação: 08/12/2018
Diagnóstico Principal:	Leito: 007 - 0001
Data: 11/12/2018	CRM: 6945
	Hora: 09:23

Motivo da Internação:

FRTURA LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO

Conduta / Tratamento Realizado:

REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX DA MÃO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Joaquim junior de Castro Meneses
Assinatura Paciente/Responsável

Prescrição: 0003
Data de Nascimento: 30/01/1974
Data: 10/12/2018
Hora: 09:19
Convenio: SUS

Paciente: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES
Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES
Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Setor: CLINICA CIRURGICA

Prontuário: 039586/0020
Sexo: Masculino
Quarto/Leito: 007/0001
CRM: 6945
Data de Internação: 08/12/2018

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Apagamento
01. DIETA GERAL				<i>Atuncar</i>
02. SOLUÇÃO RINGER C/LACTATO 500ML 1000ML <i>m-f</i>		E.V.		<i>14/ 22 ✓ 06 ✓</i>
03. CEFAZOLINA 1G +10ML DE AD	1g	E.V.	06/06 H	<i>16/ 21 ✓ 04 ✓ 10 ✓</i>
04. DIPIRONA 1G +08ML DE AD	1g	E.V.	06/06 H	<i>16 ✓ 04 ✓</i>
05. CETOPROFENO 100MG IV +100ML DE SORO FISIOLOGICO 0,9%	100mg	E.V.	12/12-H	<i>16 ✓ 04 ✓</i>
06. TRAMADOL 100MG/ML AMP +100ML DE SORO FISIOLOGICO 0,9% SE DOR	100mg	E.V.	08/08-H	<i>5/ - 04 ✓</i>
07. BROMOPRIDA 10 MG (AMP) +18ML DE AD SE VOMITOS E NAUSEAS	10mg	E.V.	S/N	<i>5/ -</i>
08. SSVV + CCGG			06/06 H	<i>1/ ✓ 17 ✓ 23 ✓ 05 ✓</i>

▲ - Alergênico

● - Alta Vigilância

Evolução Clínica:

PACIENTE EVOLUINDO COM DOR NO MOMENTO.

Lillian Batista C. Leitão
ENFERMEIRA
COREN/CE 542175

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ont. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: *Joaquim Júnior Castro Meneses* DATA: *10/12/18*
 PRONTUÁRIO: *7.1* DATA DA INTERNAÇÃO */ /*
 MÉDICO: CONVÊNIO:
 MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

CONTROLES												
Hora	PA	FC	T	FR	SpO ₂	Glicemia	Diurese	Evacuações	Emese	DT	DS	
11:00	130x80	76	36,4	30	97	-	+	+				
17:00	140x80	46	37,1	21	97	-	+	+				
23:00	150x80	92	36,2	20	98							
05:00	140x80	72	36,6	00	98							

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

Hora	Via Oral	SNG	SNE	CVC	CH	TOT	SNG	SNE	SVD	Traqueostomo
11:00	General	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17:00	General	-	-	-	-	-	-	-	-	-

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado/Realizado

Entregue

	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO			
		() Abocath nº	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº	() extensor	() tree way	() curativo transparente

TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS

DATA/HORA DO INÍCIO	RESPONSÁVEL	DATA/HORA DO TÉRMINO	RESPONSÁVEL
			22 FEV. 2019

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
10.12.18	10h 14:00 hs Administração de medicamentos do item 03, conforme prescrição médica. Prot. tec Rayssa	Dr. Ana Karla Freitas Enfermeira COREN-CE 271-701

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mae	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESSES	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/12/2018	ENFERMARIA		007/0001
Profissional Responsável:			CRM:
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convenio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 10:00:00

REALIZADO ITEM 04 CONFORME PRESCRITO.

Cleurilene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 11:00:00

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA. EM 1º PO DE PROCEDIMENTO EM MÃO "D". COM CUREATIVO NO LOCAL. REFERE DISCRETA ALGIA JA MEDICADO. ACEITA A DIETA OFERTADA, COM ACESSO VALIDO. ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

PA: 120X70 MMHG P: 76 BPM R: 20 RPM T: 36,4°C SPO2: 97%

Cleurilene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 16:00:00

REALIZADO ITENS 04/05 CONFORME PRESCRITO.

Cleurilene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 17:00:00

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA. AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, NORMOSATURANDO EM AR AMBIENTE. EM PO DE PROCEDIMENTO EM MSE. COM TALA NO LOCAL. REFERE DISCRETA ALGIA NO LOCAL. JA MEDICADO. ACEITA A DIETA OFERTADA, COM ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

PA: 140X80 MMHG P: 46 BPM R: 21 RPM T: 37,1°C SPO2: 97%

Cleurilene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

22 FEV. 2019

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Fronteira
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESSES	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/12/2018	ENFERMARIA		007/0001
Profissional Responsável			
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			
Convênio	Setor	Especialidade	CRM
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	6945

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 21:17:41

PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA, ACEITA DIETA OFERTADA, EM PO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO DE OSTEOSINTSE EM MÃO ESQUERDA IMOBILIZADO POR TALA GESSADA, REFERE DISCRETA ALGIA LOCAL, SEM OUTRAS QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.



JESSICA KELLY S. LIMA
TÉC. ENFERMAGEM COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 22:00:54

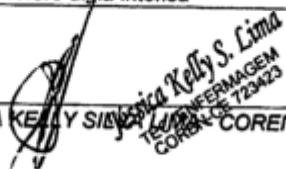
REALIZADO ITEM 03,04,



JESSICA KELLY S. LIMA
TÉC. ENFERMAGEM COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 02:03:59

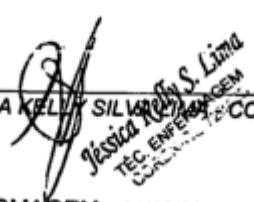
realizado item 06 paciente refere algia intensa



JESSICA KELLY S. LIMA
TÉC. ENFERMAGEM COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 04:00:08

realizado item 04,05



JESSICA KELLY S. LIMA
TÉC. ENFERMAGEM COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 06:00:48

22 FEV. 2019

realizado item 03

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESSES	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/12/2018	ENFERMARIA		007/0001
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

RESPONSÁVEL: JESSICA KELLY SILVA LIMA - ENFERMAGEM

COREN-CE 723423

22 FEV. 2019

Prescrição: 0002

Data de Nascimento: 30/01/1974

Data: 09/12/2018

Hora: 12:42

Convênio: SUS

Paciente: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES
Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESSES
Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Setor: CLINICA CIRURGICA

Prontuário: 039586/0020

Sexo: Masculino

Quarto/Leito: 007/0001

CRM: 6945

Data de Internação: 08/12/2018

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. DIETA GERAL				✓
02. SOLUCAO RINGER C/LACTATO 500ML 1000ML		E.V.		16 ^{mp} 04 ^{mp}
03. CEFAZOLINA 1G +10ML DE AD	1g	E.V.	08/08 H	14✓ 22✓ 06✓
04. DIPIRONA 1G +08ML DE AD	1g	E.V.	06/06 H	16✓ 22✓ 04✓ 10✓
05. CETOPROFENO 100MG IV +100ML DE SORO FISIOLOGICO 0,9%	100mg	E.V.	12/12 H	16✓ 04✓
06. TRAMADOL 100MG/ML AMP +100ML DE SORO FISIOLOGICO 0,9% SE DOR	100mg	E.V.	08/08 H	✓
07. BROMOPRIDA 10 MG (AMP) +18ML DE AD SE VOMITOS E NAUSEAS	10mg	E.V.	S/N	✓
08. SSVV + CCGG			06/06 H	14✓ 17✓ 23✓ 05✓

 - Alergénico

 - Alta Vigilância

Line Sogres Rosa
ENFERMEIRA
COREN-CE 588365

Evolução Clínica:

DIETA LIVRE APÓS AS 15:00 HS

RX DA MÃO EM AP E P SEM TALA

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

22 FEV. 2019

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO

Paciente: JORQUIM JUNIOR CASTRO MENESES
 Prontuário: 039566 Convênio: SUS
 Data Nascimento: 30/01/1974
 Nome da Mãe: RTONIA CASTRO DE MENESES
 Municipio: CROTEUS-ES

NOOME:

PRONTUÁRIO:

MÉDICO:

LEITO:

CONVÊNIO:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

REGISTRO DE ENFERMAGEM

DATA: 09/12/18

DATA DA INTERNAÇÃO: 1-1-

UNIDADE/SETOR: C.E.T

7. L

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

Dados Clínicos - Enfermagem

paciente			Prontuário
OAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			039586/0020
data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
0/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESSES	
data Internação	Aposento		Quarto/Lerdo
18/12/2018	ENFERMARIA		007/0001
profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 08:47:27

paciente encaminhado ao cc de cadeira de rodas.

Maria Soraia N. Barbosa~~Tec. de Enfermagem~~RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498
COREN/CE: 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 10:00:00

NAO REALIZADO MEDICAÇÃO DO ITEM 4, PACIENTE ENCONTRAVA-SE NO CC.

Maria Soraia N. Barbosa~~Tec. de Enfermagem~~RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498
COREN/CE: 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 11:00:00

REALIZADO ITEM 8

Maria Soraia N. Barbosa~~Tec. de Enfermagem~~

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 13:14:58

PACIENTE RETORNA DO CC APOS REALIZAÇÃO DE OSTEOSINTSE DE MÃO ESQUERDA, COM CURATIVO COMPRESIVO NO LOCAL, O MESMO CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA, ACEITA A DIETA OFERTADA, SEGUE OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Maria Soraia N. Barbosa~~Tec. de Enfermagem~~

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 14:00:00

22 FEV. 2019

REALIZADO ITEM 3

Dados Clínicos - Enfermagem

paciente			Prontuário
OAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			039586/0020
data de Nascimento	Idade	Nome da Má	
0/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESSES	
data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
8/12/2018	ENFERMARIA	007/0001	
profissional Responsável	Setor	Especialidade	
AMIL SANCHES JORQUEIRA	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	
onvênio			
US			

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498
NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 16:00:00
REALIZADO ITENS 4 E 5

Maria Soraia N. Barbosa
 Tcc da Enfermagem
 COREN-CE 1040498

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498
NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 17:00:00

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM REPOUSO NO LEITO, EM POI DE OSTEOSINTSE EM MÃO ESQUERDA. AGUARDA RX DE CONTROLE. SEM QUEIXAS ALGICAS OU OUTRAS. COM AVP VALIDO E FUNCIONANTE. ACEITA DIETA E MEDICAÇÕES OFERTADAS. NORMOTENSO, NORMOCARDICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOSATURANDO EM O2 AMBIENTE. SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DA ENFERMAGEM.

SSVV:PA:130X90 FC:78 T:36.6 FR:21 SPO2:97%

Maria Soraia N. Barbosa
 Tcc da Enfermagem
 COREN-CE 1040498

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498

22 FEV. 2019

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESSES	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/12/2018	ENFERMARIA		007/0001
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio			
SUS		Setor	Especialidade
		CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 22:00:00

REALIZADAS MEDICAÇÕES DOS ITENS:03 E 04.

*Aline Rodrigues de Almeida*TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1148.161

RESPONSÁVEL: TE: ALINE RODRIGUES DE ALMEIDA - COREN-CE 1148161

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 23:00:00

PACIENTE EM REPOSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA E NO MOMENTO NAO REFERE NENHUMA QIJIXA-
ÁLGICA QU- OUTRAS. PACIENTE EM POI DE OSTEOSSÍTESE EM MSE, NA MÃO. COM CURATIVO COMPREENSIVO NO LOCAL. ACEITA A
DIETA HOSPITALAR, COM ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES. SEGUO AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

SSV:PA:130X70 FC:84 T:38.0 FR:24 SPO₂:99%*Aline Rodrigues de Almeida*TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1148.161

RESPONSÁVEL: TE: ALINE RODRIGUES DE ALMEIDA - COREN-CE 1148161

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 04:00:00

REALIZADA MEDICAÇÃO DO ITEM:04 E 05.

*Aline Rodrigues de Almeida*TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1148.161

RESPONSÁVEL: TE: ALINE RODRIGUES DE ALMEIDA - COREN-CE 1148161

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 06:00:00

REALIZADA MEDICAÇÃO DO ITEM:03.

*Aline Rodrigues de Almeida*TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1148.161

RESPONSÁVEL: TE: ALINE RODRIGUES DE ALMEIDA - COREN-CE 1148161

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Prescrição: 0001
Data de Nascimento: 30/01/1974
Data: 08/12/2018
Hora: 17:27
Convênio: SUS

Paciente: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES
Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES
Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: LILIAN BATISTA COSTA LEITAO
Setor: CLINICA CIRURGICA

Prontuário: 039586/0020
Sexo: Masculino
Quarto/Leito: 007/0001
COREN: 542175
Data de Internação: 06/12/2018
CBO: ENFERMEIRO EM GERAL

Prescrição de Enfermagem	Frequência	Aprazamento
---------------------------------	-------------------	--------------------

Evolução

PACIENTE J.J.C.M. 44 ANOS, ADMITIDA NA CLÍNICA CIRÚRGICA TRAUMATOLÓGICA, APRESENTANDO HD DE TRAUMA EM MSE. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA. REFERE DOR E EDEMA EM MSD. SEGUO CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, NORMOCORADA, COOPERATIVA, DEAMBULANDO SEM AUXÍLIO, AFEBRIL (36°C), NORMOCÁRDICA (86 BPM), HIPERTENSA (150X 100 MMHG), EUPNÉICA (20 RPM), NORMOSATURANDO (97%). AO EXAME FÍSICO: CABEÇA E COURO SEM ANORMALIDADES, OLHOS ISOCÓRICOS, NORMOCORADOS E FOTORREAGENTES; NARIZ, BOCA E OUVIDOS ÍNTEGROS, GÂNGLIOS CERVICais NÃO PALPÁVEIS. TÓRAX SIMÉTRICO, AP: MV+, SEM ANORMALIDADES, AC: BNF 2T. ABDOME SEMI GLOBOso, FLÁCIDO, INDOLoR À PALPAÇÃO, TIMPÂNICO À PERCUSSÃO. AVP EM MSD, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. MMII SEM EDEMA E LESÃO. ACEITA DIETA POR VIA ORAL. SONO E REPOSO SATISFATÓRIO. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES E ESPONTÂNEAS. SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Lilian Batista Costa Leite
ENFERMEIRA
CRP/CE 542175

RESPONSÁVEL: ENF: LILIAN BATISTA COSTA LEITAO - COBEN-CE 542175

Hospital São Lucas

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ADMINISTRAÇÃO
Paciente: JORQUITH JUNIOR CASTRO MENESSES
Prontuário: 839586 Convênio: CEF
Data Nascimento: 30/01/1974
Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESSES
Município: CRATEUS-CE

PACIENTE DN: _____
NOME DA PRONTUÁRIO: _____
SETOR: C.C.T. | FITO: 7.1 CONVÊNIO: _____ DATA: 08/12/18.

	PREScrição	APRAZAMENTO
01	OK!	
02	Q. Gute Enx. oculare ✓	AS: ✓ 04V
03	Q. Gute Enx. oculare ✓	16✓ 22✓ 04V (10)
04	Q. Gute Enx. oculare ✓	
05	Q. Gute Enx. oculare ✓	
06	Q. Gute Enx. oculare ✓	16✓ 04V
07	Q. Gute Enx. oculare ✓	17✓ 22✓ 05V
08		
09		
10	PF	Requerido.
11	PF	
12	PF	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Rafael Camelo Soares
Enfermeiro
COREN-CE 413755

Evolução Médica: Pato com febre
de 38°C em alta

Assinatura e Carimbo

NOME: Joaquim Junior C. Meneses DATA: 08/12/18
PRONTUÁRIO: 39586. LEITO: 7.1 DATA DA INTERNAÇÃO 08/12/18
MÉDICO: Dr. Jamel CONVÉNIO: SUS UNIDADE/SETOR: C.C.T
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

CONTROLES

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

EXAMPLE 4: *Implementation / Implementation*

Calculus I Prerequisites

ANSWER

EXAMES (Laboratório / Imagem)	Coletado/Realizado	Entregue
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO			
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente

TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS

TRANSFERÊNCIAS SANGUÍNEAS			
DATA/HORA DO INÍCIO	RESPONSÁVEL	DATA/HORA DO TÉRMINO	RESPONSÁVEL

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mae	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESSES	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/12/2018	ENFERMARIA		007/0001
Profissional Responsável:			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 22:00:06

REALIZADO ITEM 04 CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

Assinatura
RESPONSÁVEL: TE: MARIA SOARES DA SILVA - COREN-CE 1286213
TE: DE ENFERMAGEM
COREN-CE 1286213

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 23:19:18

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO, EM O³ AMBIENTE, AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCARDICO, NORMOTENSO, NORMOSATURANDO. PCT AGURDA REALIZAR PROCEDIMENTO TRAUMATOLOGICO EM MSE, COM AVP EM MSE FUNCIONANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, ACEITA BEM A DIETA E MEDICAÇOES OFERECIDAS, ELIMINAÇOES FISIOLOGICAS PRESENTE, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Assinatura
RESPONSÁVEL: TE: MARIA SOARES DA SILVA - COREN-CE 1286213
1286213



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESSES			039586/0020
Data do Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESSES	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/12/2018	ENFERMARIA		007/0001
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 13:52:21

PACIENTE ADMITIDA NESTA UNIDADE DA CLINICA CIRURGICA. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALZIA, DEAMBULA. AFEBRIL, EUPNEICO, HIPERTENSO, ORMOSATURANDO EM AR AMBIENTE, VITIMA DE QUEDA DE MOTO A MAIS OU MENOS 20 DIAS. APRESENTA TRAUMA EM MÃO "D". NEGA QUEIXAS, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA COMORBIDADES. ACEITA A DIETA OFERTADA, COM ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES. SEGUO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

COM CHECK LIST + TERMO DE CONCENTRIMENTO ANEXADOS AO PRONTUÁRIO.

PA: 150X100 MMHG P: 86 BPM R: 20 RPM T: 36°C SPO2: 97%

Cleurilene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE-756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 16:00:00

REALIZADO ACESSO VENOSO. EM MSD. GELCO 20.
FEITO ITENS 03/04/05 CONORME PRESCRITO.

Cleurilene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE-756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 17:00:00

PA: 120X80 MMHG P: 98 BPM R: 19 RPM T: 35.8°C SPO2: 97%

Cleurilene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE-756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mão	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESES	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
08/12/2018	ENFERMARIA	007/0001	
Profissional Responsável		CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA		3045	
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 08:47:27

paciente encaminhado ao cc de cadeira de rodas.

*Maria Soraia N. Barbosa
Tec. de Enf.
COREN/CE 1040498*

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
914.345.303-10Nome
ENOS PESSOA LIRANascimento
18/02/1978CÓDIGO DE CONTROLE
1770.F9F0.A132.F580Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 18:38:54 do dia 07/11/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



22 FEV. 2019

LIBIA CORRETORA DE SEC.

09 JAN. 2019



SINISTRO 3190166752

VÍTIMA JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF/CNPJ: 82627533304

CARTA DE ESCLARECIMENTOS

EU JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES, CPF: 826.275.333-04 FUI SURPREENDIDO POR UMA PENDENCIA NO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO AO SER SOLICITADO DE MINHA PESSOA QUE FOSSE ENVIADO COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO.

OCORRE SR(A) ANALISTA QUE JÁ ENVIEI REFERIDA DOCUMENTAÇÃO POR OCASIÃO DA ABERTURA DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, SEJA, UMA DECLARAÇÃO EMITIDA PELO PROPRIO HOSPITAL DANDO CONTA QUE SOFRI ACIDENTE DE TRANSITO, VEJAMOS A DECLARAÇÃO DO HOSPITAL:

DECLARAÇÃO

A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS pessoa Jurídica de direito privado, entidade filantrópica de assistência social e à saúde, com fins não lucrativos, com sede na Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, Centro, CEP 63.700-000, Crateús/CE, regularmente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 60.975.737/0076-79, neste ato representado legal abaixo assinado, DECLARA, para os devidos fins, que o paciente JOAQUIM JÚNIOR CASTRO MENESES (Prontuário 39586), CPF nº 826275333-04, foi atendido nesta unidade hospitalar (Hospital São Lucas) às 22:37h do dia 18/11/2018, referindo haver sofrido acidente de trânsito.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo de declaração.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS

CNPJ Nº 60.975.737/0076-79.

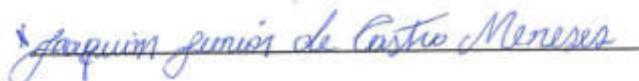

Dr. João Victor Leitão Melo
CRM-CE 15492
MÉDICO
CIRURGIA GERAL

Dr. João Victor Leitão Melo
Diretor Técnico

SÃO POR ESSES MOTIVOS ACIMA, QUE SUPlico PELO NORMAL ANDAMENTO DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, INCLUSIVE VENHO REQUERER SEJA DESIGNADA UMA PERICIA MÉDICA EM MINHA PESSOA POR PERITO INDICADO PELA SEGURADORA LÍDER.

NA CERTEZA DE QUE JUSTIÇA SE FARÁ AGRADÉÇO DESDE JÁ.

CRATEÚS/CE, 14 DE MARÇO DE 2019.


Joaquim Junior de Castro Menezes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166752 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO **Data do acidente:** 18/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MENESES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 8/13

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESSES, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Povoado ASSENTAMENTO SÃO JOSÉ, DISTRITO DE IRAPUA, nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA, Cep.: 63.700-000, portador(a) do RG nº 2008130537-5, SSP/CE e CPF nº 826.275.333-04

Outorgado: ENOS PESSOA LIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA ZACARIAS CARLOS DE MELO, nº 584, bairro SÃO VICENTE Município de CRATEÚS, Estado de (o) CEARA Cep.: 63.700-000, portador (a) do RG nº 2007019026534 SSP/CE e CPF nº 914.345.303-10

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro natureza INVALIDEZ, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESSES, ocorrido em 18/11/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

CRATEÚS/CE, 29 de JANEIRO de 2019.



X. joaquim junior de Castro. Meneses
Outorgante JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESSES
CPF Nº 826.275.333-04



CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Paulene Cândido Oliveira Costa
Escrevente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066329/19

Número do Sinistro: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF: 826.275.333-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/03/2019

Nome: ENOS PESSOA LIRA

CPF: 914.345.303-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

ENOS PESSOA LIRA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066329/19

Número do Sinistro: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF: 826.275.333-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019

Nome: ENOS PESSOA LIRA

CPF: 914.345.303-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

ENOS PESSOA LIRA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066329/19

Número do Sinistro: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF: 826.275.333-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019

Nome: ENOS PESSOA LIRA

CPF: 914.345.303-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

ENOS PESSOA LIRA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066329/19

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESSES

CPF: 826.275.333-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESSES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ENOS PESSOA LIRA : 914.345.303-10

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESSES : 826.275.333-04

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/02/2019
Nome: ENOS PESSOA LIRA
CPF: 914.345.303-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

ENOS PESSOA LIRA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA