

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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670578

Vítima: EDIMILSOM MATIAS CHAVES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIMILSOM MATIAS CHAVES

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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190670578 **Vítima: EDIMILSOM MATIAS CHAVES**

Data do Acidente: 01/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIMILSOM MATIAS CHAVES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EDIMILSOM MATIAS CHAVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 000000028286-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASE:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

873.862.313-01 Rodolfo Henrique Matheus Henrique

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Bairro:

9 - Cidade:

10 - Estado:

11 - CEP:

12 - E-mail:

13 - Tel (DDD):

14 - Complemento:

15 - Tel (DDD):

16 - E-mail:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1,000,00
 R\$1,001,00 ATÉ R\$2,500,00

R\$2,501,00 ATÉ R\$5,000,00
 ACIMA DE R\$5,000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Informar uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.

Declaro que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (varas)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

40 - Local e Data:

Butiá - 28/11/2019

Edmara Henrique Chaves

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3578 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/10/2019 08:55:47**
Data / Hora da Ocorrência: **01/09/2019 14:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 187 - ENTRADA DO TOURÃO - CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDIMILSON MATIAS CHAVES**
Nascimento: **22/11/1975** CPF: **873.662.313-04**
RG: **2004019143668** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA MATIAS CHAVES**
GILDO ARAÚJO CHAVES
Endereço: **RUA ONELIO TELES, 373**
Bairro: **VENÂNCIOS**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** CEP:
Telefone: **(88) 9213-5818**

Histórico

Informa o declarante que trafegava em um BICICLETA, vindo da localidade de TOURÃO onde trabalhava; QUE ao chegar na CE187, próximo a entrada do tourão, foi atropelado por uma MOTOCICLETA DE GRANDE DE COR PRETA; QUE não acionou o CORPO DE BOMBEIROS; QUE não acionou a GURDA MUNICIPAL desta urbe; QUE foi socorrido pela pessoa de nome: FRANCISCO HILTON DOS SANTOS MARTINS, que lhe levou até a UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO situada nesta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO DA UPA de nº 9021, relatando: "PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO VINDO A COLIDIR O MSD; COM QUEIXA DE INTENSO QUADRO ALGICO EM PORÇÃO DISTAL DO MSD"; QUE apresenta como testemunha ocular do acidente supracitado a pessoa de nome: VALDENOR RODRIGUES DOS SANTOS, afirmando ter visto uma MOTO GRANDE E PRETA, que causou o acidente; QUE apresenta como testemunha a pessoa de nome: FRANCISCO HILTON DOS SANTOS MARTINS, CPF: 060.777.853-93 E RG: 2007716205-0, relatando ter prestado socorro e levado a vítima até a UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniel da Silva Paiva
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 2019778137-2-6

+ Edimilson Mar

+ Valdenor Teles

+ Hilton



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
Impresso nº 2019778137



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3578 / 2019

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Daniela Mendes Chaves

VISTO DO DELEGADO(A) :

Rene Gomes Mesquita
RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 30124944

Yval de Oliveira Rodrigues dos Santos

X Francisco Miltan dos Santos Miltos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASE:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

913.862.313-01 Rodolfo Henrique Matheus Henrique

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Rodolfo Henrique Matheus Henrique

6 - Profissão:

loquecutter

7 - Bairro:

Vila Graciosa

8 - Endereço:

Endereço:

Rua Onelia Teles de Magalhaes

12 - Cidade:

Itatiba

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

63209-110

15 - E-mail:

henrique.vitima10@gmail.com

16 - Tel (DDD):

(11) 9993-9396

6 - CPF:

913.862.313-01

9 - Número:

313

10 - Complemento:

Residencial

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1,000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Informar uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

[Informar o dígito se existir]

[Informar o dígito se existir]

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA: 0994

CONTA: 0029286

3

[Informar o dígito se existir]

[Informar o dígito se existir]

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.

Declaro que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (varas)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

40 - Local e Data:

Itatiba - 28/11/2019

Edmara Henrique Chaves

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIMILSOM MATIAS CHAVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000028286-3

Nr. Autenticação

BRADESCO12122019050000000002370099700000028286168750 PAGO



Nº de Inscrição:

027702847

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDILSON MATTIAS CHAVES

End. Lote nº: RU ONELIA TELES DE MESQUITA, 373, VENANCIO

Cidade: CRATEU

CEP: 63200-270

End. Entrega:

Cidade:

Lote: 029

Setor: 003

Quadra: 0050

Logr: 0117

CEP:

Subsolo: 00

Subquadra: 00

Compl: 0001

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAS

Serviço	Média	Última Leitura	Última Fatur.	Volumétrico	Média Semestral (m³)
RUA	BC8F094846	731	737	8	4

DATAS

Leitura Atual: 03/07/2019 | Leitura Anterior: 08/2019 | Última Leitura: 03/07/2019 | Leitura Águas: 03/07/2019 | Leitura Fugato: 03/07/2019

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Fugidas	0,50	0,50	0,10	0,50	0,50
Analíticas	0,50	0,50	0,10	0,50	0,50
Em conformidade	0,50	0,49	0,00	0,50	0,50

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Dia não ao abuso e à exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

Descrição dos serviços	Valor (R\$)	Histórico de volume		
		Média	Água (m³)	Fugato (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	25,50	0,07	5	0
HULTA DE 2%	0,57	0,57	5	0
		JUL/18	5	0
		AGO/18	5	0
		SET/18	5	0
		OCT/18	5	0
		NOV/18	5	0
		DEZ/18	5	0
		JAN/19	5	0
		FEV/19	5	0
		MAR/19	5	0
		ABR/19	5	0
		MAY/19	5	0
		JUN/19	5	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Subsídio	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,25		VALOR DO SERVIÇO	41,74
COFINS	1,24		VALOR DO SUBSÍDIO	15,60
			VALOR TOTAL A PAGAR	26,14

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2019	01/08/2019	26,14

ONDE PAGAR SUA FATURA: 358866081766034 L: 3788 H: 11:32:02 R: 098 P: 001
 Bancos: Bradesco, Itaú, BB, Banco do Brasil, Caixa, Banco Federal, Santander, Triângulo, Outros, Pagfácil

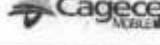
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

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

Entidades Reguladoras: Fonteza: ACPDS - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ANEEL - Agência Reguladora de Serviços Públicos Desregulados do Estado do Ceará: 0800 275 3822. Ouvidoria estatal: 155. Site da ANEEL: www.aneel.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na central de atendimento Cagece 31013916.



0800 275 0195



www.cagece.com.br

E-mail: E-mail: Portaria



www.aneel.gov.br

DADOS DO CLIENTE

Nome: KARINE VIEIRA GOMES

End. Leitura: AV SGT HERMINIO, 1723, A, CENTRO

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 009

Quadra: 0027

Lote: 0186

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A09F001897	802	802	0	0

DATAS

Leitura Atual: 11/07/2019 Emissão: 02/09/2019 Lacre Água: 6503380
 Leitura Anterior: 11/06/2019 Próxima Leitura: 10/08/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Análisadas	050	050	010	050	050
Em conformidade	050	049	008	050	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

Constatamos débito de R\$ 187,22. Caso pago, desconsiderar.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	1/1	1,82	JAN/2019	0	0
PARCELAMENTO DE DEBITOS	5/5	91,37	FEV/2019	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	1,67	MAR/2019	0	0
			ABR/2019	0	0
			MAI/2019	0	0
			JUN/2019	0	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,91	VALOR DO SERVIÇO	94,86
COFINS	4,53	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	94,86

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2019	05/08/2019	94,86

Onde pagar sua fatura

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027600289

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2019

Local: 029

Setor: 9

Quadra: 0027

Lote: 0186

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento:

Total (R\$): 94,86

82630000000-5 94860009600-2 02760028901-4 02012331065-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de profissão e renda, 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 mentados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

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 Marine Viana Lemos inscrito (a) no CPF 030.341.693-96, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edemilson Matheus Lemos inscrito (a) no CPF sob o N° 973.662.313-01, do sinistro de DPVAT cobertura Individual da Vítima Edemilson Matheus Lemos, inscrito (a) no CPF sob o N° 973.662.313-01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Sargento Bernardo</u>	Número <u>1123</u>	Complemento <u>aptos</u>
Bairro <u>Bento</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63100 000</u>
Cidade <u>Batá</u>		
Email <u>MarineViana1601@yahoo.com</u>	Telefone comercial (DDO) <u>(85) 99102-9386</u>	Telefone celular (DDO)

Local e Data

Assinatura do Declarante

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Promotor: Atendimento: Nome do Paciente:
00902 0020 EDIMILSON MATIAS CHAVES
Data atendimento: Identidade: Data de Nascimento: Lugar:
20040109143668 30040109143668 22/11/1976 NOVO ORIENTE/CE

CNS: 705002640272956 Guia de Autorização
Estado Civil: Casado(a) Sexo: Masculino
Idade: 43 Ano(s)
UF: CE Telefone: 88992135818

Pai: CILDO ARAUJO CHAVES Endereço:
Endereço: RUA ONELIA TELES 371
Profissão: AGRICULTOR
Responsável: EDIMILSON MATIAS CHAVES

Mae: FRANCISCA MATIAS CHAVES
Endereço: RUA ONELIA TELES 371
Bairros: VENANCIOS Cônjugue:
CEP: 63700-000 Município: CRATEUS

Município: CRATEUS UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: Hora: Convenio:
01/09/2019 15:35 SUS

Matrícula:

CID:

CRM/UF:
18516/CE

Tipo Atendimento:
CONSULTA COM MEDICACAO

Profissional do Atendimento:
BRUNA SANTOS XIMENES

Funcionário:

LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA

Indicador de Acidente:
Sairá:

Data/Hora Liberação: 01/09/2019 15:35

AS hs

Tipo de Saída:

Alta

Internação

Óbito

Sinais Vitais:

Peso (kg):	Altura (cm):	T (°C):	P (ppm):	R (impres):	PA (mmHg):	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL):
		36	107		140 X 60	95	

Classificação de Risco:

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 01/09/2019 15:35

Responsável pela Classificação: FRANCISCA LAIANE BA

Relatório:

Paciente refere algú em MIO intensa apes trauma

ESE Venâncios

Nega alergia medicamentosa

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

01/09/2019 15:49:11h Responsável: BRUNA SANTOS XIMENES CRM-CE 18516

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO VINDO A COLIDIR O MSD, COM QUEIXA DE INTENSO QUADRO ÁLGICO EM PORÇÃO DISTAL DO MSD.
ALERGICO À BENZETACIL.

CD

- DIPIRONA 2.18 AD. EV
- CETOPROFENO 100 MG SF0 9% 100 ML EV
- DEXAMETASONA 4MG/ML 2.5 ML 17.5 ML AD. EV
SOLICITO RAIO X DO MSD

12 FRIQUE DA OLETA

HCP

- Realizar medicinação provisória de 1130
- Consultar se HNC é suspeita de AVULSAÇÃO
- et ORTOPEDISTA
- Realizar RADIOGRAFIAS DO PACTITE

DR. BRUNA XIMENES
MEDICA
CREMEC 18516

BRUNA SANTOS XIMENES CRM 18516

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: EDIMILSON MATIAS CHAVE

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2019002

27 CC

DADOS DO PACIENTE

Nome EDIMILSON MATIAS CHAVES					Prontuário/Atendimento 009021/0033
Nascimento 22/11/1975	Local NOVO ORIENTE	País Nacionalidade Brasil			Idade 43 Ano(s)
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Etnia	Estado Civil Outro	Religião NÃO DETERMINADA	
Documento(s) Identidade: 2004019143668			CNS 70.5002.640.2729-56		
Endereço RUA ONEILA TELES		Nº 373	Bairro VENANCIOS	Município CRATEUS-CE	CEP 63700-000
Fone (88) 9243-7537	Profissão AGRICULTOR	Empresa			Fone Empresa
Responsável EDIMILSON MATIAS CHAVES			CPF do Responsável		Fone Responsável
Endereço Responsável LOPES VIEIRA, SN CASA		Cônjugue JOANA LUCIO DOS SANTOS			
Mãe FRANCISCA MATIAS CHAVES		Pai GILDO ARAUJO CHAVES			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 02/09/2019 15:09	Quarto/Leito 057-0003	Aposento ENFERMARIA	Clinica MEDICA	Setor INTERNACAO - PS
Conselho SUS		Matrícula	Autorização	Diárias 0
Medico JAMIL SANCHES JORQUEIRA				CRM 6945
CID Principal S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]		CID Complementar S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]		
Observação				
Usuário FÁTIMA VITÓRIA FERREIRA DE OLIVEIRA	Procedimento SUS			Sisprenatal
Data Saída	Hora	Condição 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.

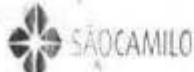
CRATEUS, 2 de setembro de 2019.

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: FÁTIMA VITÓRIA FERREIRA DE OLIVEIRA

Fátima Vitória Ferreira de Oliveira

Assinatura do responsável



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 009021	Atendimento 0032	Nome do Paciente EDIMILSON MATIAS CHAVES		CNS 705002640272956	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2004019143668				Estado Civil Outro	Sexo Masculino
Data de Nascimento 22/11/1975		Local NOVO ORIENTE/CE			Idade 43 Ano(s)
Pai GILDO ARAUJO CHAVES		Mãe FRANCISCA MATIAS CHAVES			
Endereço RUA ONELIA TELES, 373		Bairro VENANCIOS	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão AGRICULTOR		Conjuge JOANA LUCIO DOS SANTOS		Telefone 88 92437537	
Responsável EDIMILSON MATIAS CHAVES		CPF do Responsável	Endereço RUA ONELIA TELES, 373	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/09/2019	Hora 08:39	Convênio SUS	Matrícula	CID:
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA\TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário SEBASTIANA MARQUES BARBOSA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 02/09/2019 14:14			Tipo de Saída Permanência
Sinais Vitais				
Peso (kg) 75.000	Altura (cm) 36	T (°C) 36	P (bpm) 80	R (impm) 19
PA (mmHg) 136 X 84	Oximetria (%): 95	Glicemia (mg/dL)		

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 02/09/2019 07:54

Responsável pela Classificação: PATRICIA ROSA DE AN

Relatório:

Paciente vítima de acidente de moto apresentando trauma em antebraço direito, realizou raio x na upa. Refere alergia a penicilinas.

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

02/09/2019 14:14:27h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

RX DO ANTIBRAÇO D EM AP E P

FRATURA DA ULNA PROXIMAL

INTERNAMENTO

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: EDIMILSON MATIAS CHAVE

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>X'</i>			
v2019062						
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS			2 - CNES 2481073			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS			4 - CNES 2481073			
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE EDIMILSON MATIAS CHAVES			6 - Nº DO PRONTUÁRIO 9021			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 70 5002.640.2729-56		8 - DATA DE NASCIMENTO 22/11/1975	9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> 3	10 - RACA/COR 03 - Parda	11 - ETNIA 10.1	
11 - NOME DA MÃE FRANCISCA MATIAS CHAVES			12 - TELEFONE DE CONTATO (88) 9243-7537			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL EDIMILSON MATIAS CHAVES			14 - TELEFONE DE CONTATO			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA ONELIA TELES, 373, VENANCIOS			16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CRATEús			
			17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2304103	18 - UF CE	19 - CEP 63700-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL RX DO ANTIBRAÇO D EM AP E P						
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)						
RISCO D'ECOMPLICAÇÃO						
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL 5520 Fratura da extremidade superior do cubito (uma)		24 - CID-10 PRINCIPAL 9680 5524	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 5520		
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO M 1001		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408020831</i>				
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Eletivo	31 - DOCUMENTO (X) CNS	32 - Nº DOCUMENTO 209573277350004	CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JAMIL SANCHES JORQUEIRA		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 02/09/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)						
36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - NÚMERO BILHETE	41 - SÉRIE		
37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR		
38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO						
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA						
40 - EMPREGADO		41 - EMPREGADOR	42 - AUTÔNOMO	43 - DESEMPREGADO	44 - APOSENTADO	
					45 - NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO						
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Dr. Givan Melo Matias</i>		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO (X) CNS		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Dr. Givan Melo Matias</i> Número Auditório CRM/CE: 1079 Número de Registro de Crédito de Credito Reportamento da Contabilidade, 2018 Regulação e Auditoria				
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				

Periodo: 04/09/2019 07:00:00 a 04/09/2019 18:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			
EDIMILSON MATIAS CHAVES	Idade:	Nome da Mãe:	Promtuario:
22/11/1975	43 Ano(s)	FRANCISCA MATIAS CHAVES	009021/0033
Data Informação:	Aposento		Quarto/Leito:
02/09/2019	ENFERMARIA		007/0003
Profissional Responsável			CRM:
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio:			
SUS			
Diagnóstico:			
S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]	S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]		

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 04/09/2019 08:46:33

PACIENTE ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO TRAUMATOLÓGICO

RESponsável: TE: ANTONIA EMA FERREIRA ANDRADE - COREN-CE 001398019

Antonia Ema Ferreira Andrade
TÉCNICA EM ENFERMAGEM

Resumo/Sumário de alta

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES	Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES	Prontuário: 009021
Data de Nascimento: 22/11/1975	Convênio: SUS	Data da Internação: 02/09/2019
Idade: 43 Ano(s)	Aposento: ENFERMARIA	Leito: 006 - 0002
Setor: CLINICA CIRURGICA		CRM: 6945
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA		
Diagnóstico Principal: S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]		
Diagnóstico Secundário: S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]		
Data da Alta: 06/09/2019	Hora da Alta: 09:22	

Motivo da Internação:

FRACTURA DA ULNA DISTAL

Conduta / Tratamento Realizado:

OSTEOSINTESE DAQ URNA

Exames Realizados:

RX ANTEBRACO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945


Assinatura Paciente/Responsável

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente
EDIMILSON MATIAS CHAVES
Data de Nascimento 22/11/1975
Idade 43 Ano(s)
Data Internação 02/09/2019
Fruitivo/Alento Responsável JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Convênio SUS
Plano de Saúde SUS
Descrição da lesão S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]

Nome da Mãe FRANCISCA MATIAS CHAVES

Local CLINICA CIRURGICA

Prontuário 009021/0033
Quarto/Leito 006/0002
CRM 6945
Especialidade MEDICA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 08:01:16

REALIZADO ITEM 03 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE ORIENTADO QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 09:42:41

ALTA HOSPITALAR

PACIENTE RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS REAVALIAÇÃO MÉDICA E MELHORA CLÍNICA, DEAMBULANDO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO RETIRADO ACESSO PERIFÉRICO E REALIZADO ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS EM DOMÍCILIO. REALIZADA ORIENTAÇÕES A RESPEITO DE SINAIS E SINTOMAS QUE POSSAM SURGIR NA FERIDA OPERATÓRIA, DE VENDE ENTRAR EM CONTATO VIA TELEFONE COM O PESSOAL DA CCIH PARA QUE SE POSSA SER ORIENTADA AS CONDUTAS A SEREM TOMADAS. DE ACORDO COM PANFLETO ENTREGUE AO PACIENTE/COMPANHANTE.

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

X Janae Luvia dos Santos.

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 10:01:31

REALIZADO ITEM 04 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE ORIENTADO QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423



Dados Clínicos - Médico

Prontuário
009021/0033

Paciente EDIMILSON MATIAS CHAVES	Idade 43 Ano(s)	Nome da Mãe FRANCISCA MATIAS CHAVES	Quarto/Leito 006/0002
Data de Nascimento 22/11/1975	Aposento ENFERMARIA	CRM 6945	
Data Internação 02/09/2019			
Profissional Responsável JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Convenio SUS	Setor CLINICA CIRURGICA	Especialidade MEDICA
Diagnóstico S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]			

DESCRICAÇÃO

DESCRICAO ORTOPEDICA: - 04/09/2019 19:17:06

PACIENTE NO CC
FEITO BLOQUEIO INTERSCALENO
FEITO ANTISSEPSIA COM ASSEPSIA
COLOCADA CAMPOS CIRURGICOS
ABERTURA POR PLANOS
FEITO REDUÇÃO
FIXADO COM PLACA DCP 7 FUROS
FIXADO COM 6 PARAFUSOS CORTICAIOS
FECHAMENTO POR PLANOS
FEITO CURATIVO

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES
Data da Int: 02/09/2019 Dt de Nasc: 22/11/1975
Convênio: SUS Prontuário: 009021
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

DATA DA REALIZAÇÃO: 05/09/2019

DATA CH/OS/139

1.1 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar identificação no prontuário ou pulseira	2.1 <input type="checkbox"/> Origem do encaminhamento <input checked="" type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica <input type="checkbox"/> Clínica Médica <input type="checkbox"/> Clínica Pediátrica <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Semi-intensiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Observações
1.2 Cirurgia proposta:	
1.3 () Avaliar jejum hora 08:00 Data 02/09/19	2.2 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
1.4 Exames recebidos: <input checked="" type="checkbox"/> Laboratoriais <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TC () US () RMN () Ficha de internamento	2.3 () Tipo de procedimento: <input type="checkbox"/> Agendamento <input checked="" type="checkbox"/> Urgência/Emergência
1.5 <input checked="" type="checkbox"/> Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico, Amputação hemotransfusão)	2.4 <input checked="" type="checkbox"/> Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransfusão)
1.6 Reserva de hemoderivados () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	2.5 <input checked="" type="checkbox"/> Local da Cirurgia? Uma Oitava
1.7 <input checked="" type="checkbox"/> Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...	2.6 Alergia (<input checked="" type="checkbox"/> Não) () Sim Qual?
1.8 () Realizado tricotomia	2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese? <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim e há equipamento disponível
() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml? <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, planejamento para fluidos
1.9 <input checked="" type="checkbox"/> Vestimento adequado (camisola) 1.10 Alergia () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual? Bemventado	2.9 Reserva de Hemoderivados () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
1.11 <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso com boa infusão	2.10 () Demarcar lateralidade <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
1.12 Uso de Medicação Anticoagulante <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim data -	
Assinatura do responsável:	

3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- 3.1 Apresentação dos membros da equipe verbalmente
3.2 Confirmar verbalmente identificação do paciente, Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado
3.3 Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)
3.4 Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)
3.5 A lateralidade está adequadamente marcada
Se aplica (x) Não de marcação
de pulso no paciente e funcionamento

4. ANTES DO PACIENTE SER ENTRADO

- 4.1 Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado
4.2 Houve mudança no procedimento/intercorgência?
 Não () Sim Qual?
4.3 Contagem manual:
Compressas Entregue: 10+ + + + conferida: 10
Instrumentais Entregue: 34 + + + conferida: 31
Lâmina Entregue: 01+ + + + conferida: 01
Agulha Entregue: 02+ + 01+ + conferida: 03
4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome

INTEGRADOR

Material: Ex Pequeno Fragmentos
Processamento: Autoclave 01
Lote: 05
Data da Esterilização: 04/09/2019

- aplica () Sim
e utilização de hemocomponentes no
ratório?
Sim Qual?
e algum problema com equipamento que deve
ido?
Sim Qual?

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SAOCAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CENT CIRÚRGICO

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES
Data da Int: 02/09/2019 Dt de Nasc: 22/11/1975
Convênio: SUS Prontuário: 009021
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

Admissão: 04/05/15 Horas: 15 Cirurgia Proposta:
Observação: P A J 20X70 DX 85 mgh T = 36

Medicação pré-anestésica: ()Não ()Sim Qual _____

Anestesista: Dr: phannus

Tipo de Anestesia: ()Raquidiana ()Geral ()Local

(✓)Bloqueio Anestésico: ()Sedação

Inicio da anestesia 16:00

Sala: "A"

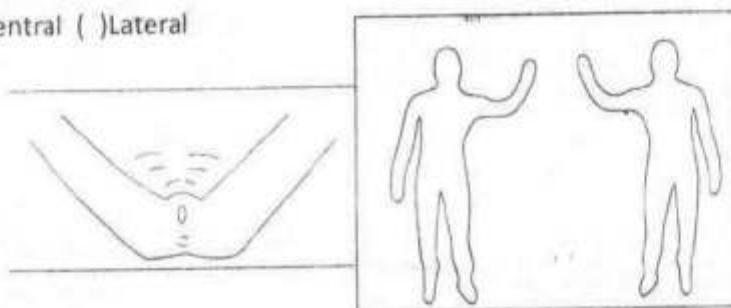
Cirurgião: Dr Junior 1ºAuxiliar

Instrumentador(a) Carlos Junior

Inicio da Cirurgia: 16:30 Término da Cirurgia 17:20

Posição do paciente: ()Dorsal ()Ginecológica ()Ventral ()Lateral

()Outra: _____



Soluções Antissépticas:

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| (✓)clorhexidina Degermante | Localização de: |
| ()iodopolidona Degermante | (o) Eletrodos |
| ()iodopolidona Tópico | (--) Incisão Cirúrgica |
| ()álcool iodado | (=) placa de Bisturi |
| ()álcool 70% | (#) Drenos |

Parto Cesariana RN1º Hora: _____ Apgar: _____ Sexo: _____ Peso: _____

Apresentação Fetal: _____ RN2º: _____

RN Encaminhamento às: _____ Para: _____

Infusão de: ()Concentrado de Hemácias ()Plasma:

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue:

Destino: ()Biopsia Laboratório ()Outro: _____

Exames durante o transoperatório: ()RX ()Laboratorial ()

Cirurgia Realizada: Osteosintese de Distal de U na "D"

Encaminhamento às 17:36 Para: RPA

- | | |
|--|------------------------|
| com: (✓)Curativo-Tipo <u>compressivo</u> | ()Tubo Endotraqueal |
| ()Dreno | ()Sonda Vesical |
| ()Imobilizador | ()Tampão |
| ()Cateter de Oxigenio O2 | ()Bolsa de Colostomia |
| ()Cateter venoso central | ()Outros: _____ |
| (✓)cateter venoso periférico | ()Outros: _____ |

Observação: _____

Im: 1/1
Se: 1

EDIMILSON MATIAS CHAVES
9021
22/11/1975 M
HOSPITAL SAO LUCAS

E



Im: 1/1
Se: 2

EDIMILSON MATIAS CHAVES
9021
22/11/1975 M
HOSPITAL SAO LUCAS



Im: 1/1
Se: 1

EDIMILSON MATIAS CHAVES
9021
22/11/1975 M
HOSPITAL SAO LUCAS

D



Im: 1/1
Se: 2

EDIMILSON MATIAS CHAVES
9021
22/11/1975 M
HOSPITAL SAO LUCAS

D



Im: 1/1
Se: 1

EDIMILSON MATIAS CHAVES
9021
22/11/1975 M
HOSPITAL SAO LUCAS

E



Im: 1/1
Se: 2

EDIMILSON MATIAS CHAVES
9021
22/11/1975 M
HOSPITAL SAO LUCAS



Im: 1/1
Se: 1

EDIMILSON MATIAS CHAVES
9021
22/11/1975 M
HOSPITAL SAO LUCAS

D



Im: 1/1
Se: 2

EDIMILSON MATIAS CHAVES
9021
22/11/1975 M
HOSPITAL SAO LUCAS

D





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **873.662.313-04**

Nome: **EDIMILSOM MATIAS CHAVES**

Data de Nascimento: **22/11/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **29/03/1999**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:58:09** do dia **19/11/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **5D84.DB75.1048.958B**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO: 2004019140668 DATA DE EXPEDIÇÃO: 28/09/2016

Nome: EDIMILSON MATTIAS CHAVES

FILHA(O) GILDO ARAUJO CHAVES

MATRIZ: FRANCISCA MATTIAS CHAVES

NATURALIDADE: NOVO ORIENTE - CE

DOC. INTERNA: DATA DE NASCIMENTO: 22/11/1975

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SANTO ANTONIO TERMO: 2816 FOLHA: 137

LIVRO: A-04 CRATES - CE
GFE: 873.667.313-04

2. VIA

Autenticação do Diretor
LEI Nº 7.111/DF-29/08/85

P.: 36



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
TIPOLOGIA GÊNERO	2003003007470
DATA EMISSÃO	14/11/2018
NAME MUNICÍPIO	KARINE VIEIRA GOMES CRATEÚS
NAME MUNICÍPIO	EVALDO GOMES VIEIRA CRATEÚS - CE
NAME MUNICÍPIO	MARIA QUITERIA VIEIRA GOMES CRATEÚS - CE
NAME MUNICÍPIO	PAULA TEIXEIRA MARQUES CRATEÚS - CE
VALOR	24,00/1992
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 22247 FOLHA: 68 LIVRO: A- 22 CRATEÚS - CE 030-341-693-96	
2 VIA	
LEI Nº 7.111 DE 29/09/1980	
P : 4	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670578 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIMILSON MATIAS CHAVES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DISTAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670578 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIMILSON MATIAS CHAVES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DISTAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50