
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

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, retorne 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ 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. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Paradiso

AGÊNCIA: 0000 CONTA: 00000000000000000000

AGÊNCIA: 0997 CONTA: 0038286

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 (Lei nº 1.947/74), 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 1.947/74.

Declaro que esta 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 SOMENTE 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 (varruais)? ☐ 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 Líder 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Batista - CE 28.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



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



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** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA MATIAS CHAVES**
GILDO ARAÚJO CHAVES
Endereço: **RUA ONELIO TELES, 373**
Bairro: **VENÂNCIOS**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** 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 : _____

Daniilo da Silva Paiva
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT: 2019778137-6

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 30/10/2019 09:17:39

Impresso em: 30/10/2019 09:17:39

+ Edimilson Matias

+ Valdenor Rodrigues

+ Hilton



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3578 / 2019

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Edilaine Pereira Chaves

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

Renê Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT Nº 301249.44

x val de noz Rodri Gus dos Santos

x Francisco Milton dos Santos Moura

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ 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. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Paraná

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 (Lei nº 1.947/74), 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 1.947/74.

Declaro que esta 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 SOMENTE 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 (varruais)? ☐ 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 Líder 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Batutu-CE 28.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

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

BRADESCO1212201905000000000023700997000000028286168750 PAGO



Nº de Inscrição:

087702847

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDIMILSON MATIAS CHAVES

End. Lote: RU ONELIA TELES DE MESQUITA, 373, VENANCIOS

Cidade: RATEIJS

CEP: 03205-270

End. Entrega:

Cidade:

Local: 029

Setor: 003

Quadra: 0050

Lote: 0147

CEP: 00001

ECONOMIAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	ACB094844	731	737	6	4

DATAS

Leitura Anterior: 07/07/2019

Leitura Atual: 07/07/2019

Leitura Anterior: 07/07/2019

Leitura Anterior: 07/07/2019

Próxima Leitura: 07/07/2019

Leitura Anterior: 07/07/2019

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Ampladas	050	050	010	050	050
Em conformidade	050	049	000	050	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Diga 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 saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	25.50	Mês/Ano		
JUROS DE 0,033% AO DIA	0.07	JUL/18	5	0
MULTA DE 2%	0.57	AGO/18	5	0
		SET/18	6	0
		OUT/18	5	0
		NOV/18	6	0
		DEZ/18	6	0
		JAN/19	5	0
		FEB/19	5	0
		MAR/19	4	0
		ABR/19	5	0
		MAI/19	4	0
		JUN/19	5	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0.25	VALOR DO SERVIÇO	41.74
COFINS	1.24	VALOR DO SUBSIDIO	15.60
		VALOR TOTAL A PAGAR	26.14

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2019	01/08/2019	26.14

ONDE PAGAR SEM FATURA

358986081766034 L: 3786 H: 11:32:02 R: 000 P: 001

Bancos: Bradesco, BB, Itaú, BCB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Titulo, Outros Pagam. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Não há este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento

Cagece

0800 275 0195

Cagece

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

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 385 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site do ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas folhas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento Cagece: 3011 7918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

comunicar.gov.br
E-mail: E-mail: Participacao@arce.ce.gov.br

155
Ouvidoria



2º Via

Nº de Inscrição:

0027600289

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 MEDIÇÃO

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
Analisadas	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 DÉBITOS	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\$)
PIS	0,91
COFINS	4,53

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	94,86
VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	94,86

MÊS/ANO

07/2019

VENCIMENTO

05/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

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.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

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: 05/08/2019

Total (R\$): 94,86

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



EMISSION: GESSE 02/09/2019 02:30:11

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 mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Karine Vieira Gomes inscrito (a) no CPF 030.341.693 / 96
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edemilson Matias Moraes inscrito
(a) no CPF sob o N° 973.662.313-04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima
Edemilson Matias Moraes inscrito (a) no CPF sob o N° 973.662.313-04 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Dedaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-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 Bernheim</u>		Número <u>1723</u>	Complemento <u>apto</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Crato</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63100-000</u>
Email <u>KarineVieira101@uphae.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 99494.9386</u>

Crato, CE, 29 de Outubro de 2019
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Pontuação: 009021 Atendimento: 0020 Nome do Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES

CNS: 705002640272956

Guia de Autorização

Data de Nascimento: 22/11/1975

Estado Civil: Casado(8)

Sexo: Masculino

Local: NOVO ORIENTE/CE

Idade: 43 Ano(s)

Mãe: CIR DO ARAUJO CHAVES

Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

Endereço: RUA ONELIA TELES, 373

Bairro: VENANCIO

CEP: 63700-000

Município: CRATEUS

UF: CE Telefone: 88992135818

Profissão: AGRICULTOR

Empresa:

Cônjuge:

Responsável: EDIMILSON MATIAS CHAVES

CPF do Responsável:

Endereço: RUA ONELIA TELES, 373

Município: CRATEUS

UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 01/09/2019 Hora: 15:36 Convênio: SUS

Matrícula:

CID:

Profissional do Atendimento: BRUNA SANTOS XIMENES

CRM/UF: 18516/CE

Tipo Atendimento: CONSULTA COM MEDICACAO

Indicador de Acidente:

Funcionário: LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA

Observação:

Sinais:

Data/Hora Liberação:

as hs

Tipo de Saída:

() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

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

Classificação de Risco:

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

Responsável pela Classificação: FRANCISCA LAIANE BA

Relatório:

Paciente refere algia em MID intensa após trauma

ESF Venancios

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 AUTOMOBILISTICO, VINDO A COLIDIR O MSD, COM QUEIXA DE INTENSO QUADRO ÁLGICO EM PORÇÃO DISTAL DO MSD.

ALÉRGICO À BENZETACIL.

CD

- DIPIRONA 2 18 AD. EV
- CETOPROFENO 100 MG SFO 9% 100 ML EV
- DEXAMETASONA 4MG/ML, 2.5 ML 17.5 ML AD. EV
- SOLICITO RAO X DO MSD

1/2 Furosemida 40mg

#100

- Realizar medicação prescrita no MSD
- Continuar a HSA e realizar a avaliação clínicoradiológica
- Liberar radiografias ao paciente

BRUNA SANTOS XIMENES
MÉDICA
CREMEC 18.516

BRUNA SANTOS XIMENES CRM 18516

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: EDIMILSON MATIAS CHAVE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2019002

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)		Religião NÃO DETERMINADA		Estado Civil Outro	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia	
Documento(s) Identidade: 2004019143668		CNS 70.5002.640.2729-56		Município CRATEUS-CE	
Endereço RUA ONELIA TELES		Nº 373		Bairro VENANCIO	
Fone (88) 9243-7537		Profissão AGRICULTOR		Empresa	
Responsável EDIMILSON MATIAS CHAVES		CPF do Responsável		Fone Empresa	
Endereço Responsável LOPES VIEIRA, SN CASA		Cônjugue JOANA LUCIO DOS SANTOS		Fone Responsável	
Mãe FRANCISCA MATIAS CHAVES		Pai GILDO ARAUJO CHAVES			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 02/09/2019 15:09		Quarto/Leito 057-0003		Aposento ENFERMARIA	
Clínica MEDICA		Setor INTERNAÇÃO - PS		Matrícula	
Convênio SUS		Autorização		Diagnóstico 0	
Médico 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		Sisprestat	
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

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 VENANCIO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge 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)	T (°C) 36	P (bpm) 80	R (rpm) 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 ANTIBRACO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

RX DO ANTIBRACO 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
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 7.3

v2019002

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
EDIMILSON MATIAS CHAVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9021

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
70.5002.640.2729-568 - DATA DE NASCIMENTO
22/11/1975

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MATIAS CHAVES

12 - TELEFONE DE CONTATO

(68) 9243-7537

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

EDIMILSON MATIAS CHAVES

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA ONELIA TELES, 373, VENANCIO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEL'S

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 ANTIBRACO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
RX DO ANTIBRACO D EM AP E P

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]

24 - CID-10 PRINCIPAL

S52.0 5524

25 - CID-10 SECUNDÁRIO

26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

S52.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO

209573277350004

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

P408020631

CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/09/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

15 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBDR

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DO DOCUMENTO

CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Gilson Melo Marques
Médico Auditor CRM/CE- 1079
Membro do Conselho de Controle, Avaliação
e Regulação da Atenção em Saúde
Regulação e Auditoria

Período: 04/09/2019 07:00:00 à 04/09/2019 18:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente

EDIMILSON MATIAS CHAVES

Prontuário

009021/0033

Data de Nascimento

Idade

Nome da Mãe

22/11/1975

43 Ano(s)

FRANCISCA MATIAS CHAVES

Data Internação

Apresenta

02/09/2019

ENFERMARIA

Quarto/Leito

007/0003

Profissional Responsável

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM

6945

Convênio

SUS

Sector

CLÍNICA CIRÚRGICA

Especialidade

MEDICA

Diagnóstico

S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PACIENTE ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO TRAUMATOLÓGICO

Antônia Emanuel Vieira Andrade
TÉCNICA EM ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL: TE: ANTONIA EMANUEL VIEIRA ANDRADE - COREN-CE 001398019

Resumo/Sumário de alta

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES	Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES	Prontuário: 009021
Data de Nascimento: 22/11/1975	Convênio: SJS	Data da Internação: 02/09/2019
Idade: 43 Ano(s)	Aposento: ENFERMARIA	Leito: 006 - 0002
Setor: CLÍNICA 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:

FRATURA DA ULNA DISTAL

Conduta / Tratamento Realizado:

OSTEOSINTESE DA ULNA

Exames Realizados:

RX ANTEBRACO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

+ Joana Lucia dos Santos.
Assinatura Paciente/Responsável

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente
EDIMILSON MATIAS CHAVES
Data de Nascimento
22/11/1975
Idade
43 Ano(s)
Nome da Mãe
FRANCISCA MATIAS CHAVES

Prontuário
009021/0033

Data Internação
02/09/2019
Enfermaria
ENFERMARIA

Quarto/Leito
006/0002

Profissional Responsável
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM
6945

Convênio
SUS
Serviço
CLÍNICA CIRÚRGICA

Especialidade
MÉDICA

Diagnóstico
S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

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

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

Jessica Kelly S. Lima
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 09:42:40

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 DOMÍLIO. REALIZADA ORIENTAÇÕES A RESPEITO DE SINAIS E SINTOMAS QUE POSSAM SURTIR NA FERIDA OPERATÓRIA, DEVENDO 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 Jôma Lucia dos Santos

Jessica Kelly S. Lima
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

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

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

Jessica Kelly S. Lima
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423



Dados Clínicos - Médico

Paciente			Prontuário
EDIMILSON MATIAS CHAVES			009021/0033
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
22/11/1975	43 Ano(s)	FRANCISCA MATIAS CHAVES	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
02/09/2019	ENFERMARIA	006/0002	
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	MEDICA	
Diagnóstico			
S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]			

DESCRIÇÃO

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

PACIENTE NO CC
FEITO BLOQUEIO INTERESCALENO
FEITO ANTISSEPSIA COM ASSEPSIA
COLOCADA CAMPOS CIRURGICOS
ABERTURA POR PLANOS
FEITO REDUÇÃO
FIXADO COM PLACA DCP 7 FUROS
FIXADO COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS
FEICHAMENTO POR PLANOS
FEITO CURATIVO

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SAOCAMILLO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES
Data da Int: 02/09/2019 Dt de Nasc: 22/11/1975
Convênio: SUS Prontuário: 289021
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

DATA DO INTERVIMENTO:

DATA 04/09/2019

1.1 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar identificação no prontuário ou pulseira	2.1 () Origem do encaminhamento <input checked="" type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica () Clínica Médica
1.2 Cirurgia proposta:	() Clínica Pediátrica () Maternidade
1.3 () Avaliar jejum hora 22:00 Data 02/09/19	() Semi-intensiva () urgência () observações
1.4 Exames recebidos: <input checked="" type="checkbox"/> Laboratoriais () ECG <input checked="" type="checkbox"/> RX () TC	2.2 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
() US () RMN () Ficha de internamento	2.3 () Tipo de procedimento: () 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? <u>Uma Direta</u>
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 () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?
1.9 <input checked="" type="checkbox"/> Vestimento adequado (camisola)	<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim e há equipamento disponível
1.10 Alergia () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual? <u>Benzetacel</u>	2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?
1.11 <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso com boa infusão	<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, planejamento para fluidos
1.12 Uso de Medicação Anticoagulante <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim data	2.9 Reserva de Hemoderivados () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
Assinatura do responsável:	2.10 () Demarcar lateralidade <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica

3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

3.1 <input checked="" type="checkbox"/> Apresentação dos membros da equipe verbalmente
3.2 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar verbalmente identificação do paciente, Site Cirúrgico, Procedimento a ser realizado
3.3 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)
3.4 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)
3.5 A lateralidade está adequadamente marcada <input checked="" type="checkbox"/> se aplica (x) Não demarcada
<input checked="" type="checkbox"/> de pulso no paciente e funcionamento

INTEGRADOR

4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

4.1 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado
4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência? <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim Qual?
4.3 Contagem manual: Compressas Entregue: 10 + + + conferida: 10 Instrumentais Entregue: 3 + + + conferida: 3 Lâmina Entregue: 01 + + + conferida: 01 Agulha Entregue: 02 + 01 + conferida: 03
4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome

e?

se aplica () Sim

e utilização de hemocomponentes no laboratório?

() Sim Qual?

e algum problema com equipamento que deve ser reparado?

() Sim Qual?

Material: Cx Pequenos Fragmentos

Processamento: Autoclave 01

Lote: 05

Data da Esterilização: 04/09/2019

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÂOCAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CENTO CIRÚRGICO

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

Admissão: 04/05/15 Horas: 15:45 Cirurgia Proposta: _____

Observação: PA 120x70 DX 89 med R=36

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

Anestesista: Dr. Phanhes

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

() Bloqueio Anestésico: () Sedação

Início da anestesia: 16:00

Sala: "A"

Cirurgião: Dr. Jamil 1ª Auxiliar: _____

Instrumentador(a) Carla Jurian

Início da Cirurgia: 16:20 Término da Cirurgia: 17:20

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

() Outra: _____

Soluções Antissépticas:

() Clorhexidina Degermante

() Iodopolidona Degermante

() Iodopolidona Tópico

() Álcool Iodado

() Álcool 70%

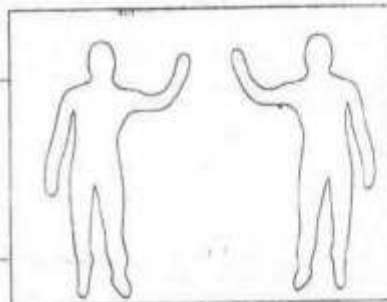
Localização de:

() Eletrodos

() Incisão Cirúrgica

() Placa de Bisturi

() 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 transoperatorio: () RX () Laboratorial ()

Cirurgia Realizada: Ostomia de Distal de Vna "D"

Encaminhamento às 17:36 Para: RPA

com: () Curativo-Tipo compressivo

() Dreno

() Imobilizador

() Cateter de Oxigênio O2

() Cateter venoso central

() Cateter venoso periférico

() Tubo Endotraqueal

() Sonda Vesical

() Tampão

() Bolsa de Colostomia

() Outros

() Outros

Observação: _____

Im: 1/1
Se: 1

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

E

WL: 9099 WW: 9170 [D]

05/09/2019 07:20:35



Im: 1/1
Se: 2

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

WL: 6355 WW: 10495 [D]

05/09/2019 07:28:30

E



Im: 1/1
Se: 1

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

D



WL: 7087 WW: 8765 [D]

20/09/2019 09:16:58

Im: 1/1
Se: 2

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

D

WL: 6401 WW: 9289 [D]

20/09/2019 09:17:48



Im: 1/1
Se: 1

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

E

WL: 9099 WW: 9170 [D]

05/09/2019 07:20:35



Im: 1/1
Se: 2

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

WL: 6355 WW: 10495 [D]

05/09/2019 07:28:30

E



Im: 1/1
Se: 1

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

D



WL: 7087 WW: 8765 [D]

20/09/2019 09:16:58

Im: 1/1
Se: 2

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

D

WL: 6401 WW: 9289 [D]

20/09/2019 09:17:48





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**

Digito 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.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA FISCAL DO ESTADO DO CEARÁ

COSEMI - COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO ANIMAIS E PESSOAS BIOMÉTRICAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

Edmilson matias chaves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2004019143668

DATA DE EMISSÃO 28/09/2016

NOME EDIMILSON MATIAS CHAVES

FILIAÇÃO GILDO ARAUJO CHAVES

FRANCISCA MATIAS CHAVES

NATURALIDADE NOVO ORIENTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 22/11/1975

DOC. (HINTE) CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SANTO ANTONIO TERMO: 2816 FOLHA: 137

LIVRO: A-04 CRATEUS - CE

CPF 873.662.313-04

2 VIA

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

P: 36

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 873.662.313-04

Nome EDIMILSON MATIAS CHAVES

Nascimento 22/11/1975

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

(81) 99494.9386

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO FOMATA E FOTOGRAFIAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito




Karine Vieira Gomes

ESTADO DO CEARÁ

CARTERNA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2003003007478

DATA DE EMISSÃO
14/11/2018

NOME
KARINE VIEIRA GOMES

FUNÇÃO
EVALDO GOMES VIEIRA

MARIA QUIÉRTIA VIEIRA GOMES

NACIONALIDADE
CRATEÚS - CE

DATA DE NASCIMENTO
24/08/1992

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 27247 FOLHA: 66 LIVRO: A -
22 CRATEÚS - CE
CPF: 030.341.693-96

3 VIA

LEI Nº 7.116 DE 20/08/03

P: 4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670578 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIMILSOM 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 - OSTEOSSÍNTESE (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: EDIMILSOM 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