
Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238868

Vítima: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238868

Vítima: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 ombros
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: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000684

Conta: 0000054313-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 074.130.673-58 Nome completo da vítima: ERISSON SOARES GODOFREDI DE OLIVEIRA

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

Nome completo: ERISSON SOARES GODOFREDI DE OLIVEIRA CPF: 074.130.673-58
Profissão: Autônomo Endereço: R. Marcos Aurélio da Conceição Número: 263 Complemento: _____
Bairro: TEBAGUARO Cidade: SUNCELO DO NORTE Estado: CE CEP: 63041100
E-mail: ERISSON@GMAIL.COM Tel (DDD): (88) 9 88991899

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 684 CONTA: 54313 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 desta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: SUNCELO DO NORTE, 25 de março
Nome: ERISSON SOARES GODOFREDI DE OLIVEIRA
CPF: 074.130.673-58
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
X Erisson Soares Godofredi de Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)
TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
X Antonia Sildete de Oliveira Silva
Assinatura
2ª Nome: _____ CPF: _____
X Maria Vitoria de Matos Silva
Assinatura

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

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



Impresso nº 2019144887

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 1605 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/02/2019 16:03:22**
Data / Hora da Ocorrência: **04/01/2019 06:50:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOSE PINHEIRO ESMERALDO**
Complemento:
Bairro: **PINTO MADEIRA** Município: **CRATO/CE**
Ponto de Referência:

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ERICSSON SOARES GONÇALVES DE OLIVEIRA**
Nascimento: **03/01/1999** CPF:
CNH: **06826688679** Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA DAS DORES SOARES CAVALCANTE**
ERIBERTO GONÇALVES DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA MARIA AURORA DA CONCEIÇÃO, 263**
Bairro: **TRIANGULO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNP5631** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2JC7000GR001414 Renavam: **1106975119** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 110I** Ano Fabricação: **2016**
Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
KYSSIA LARYSSA COSTA DE OLIVEIRA SILVA Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDO DAS PENALIDADES PREVISTAS NOS ARTIGOS 340 E 342 DO CPB, NOTICIA QUE EM DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRA, QUANDO ACHANDO QUE PODERIA ULTRAPASSAR A PREFERENCIAL ANTES DO ÔNIBUS, ACABOU POR COLIDIR COM ELE; QUE VEIO A CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULANCIA DO SAMU (CERTIDÃO EM ANEXO); QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, ONDE SE CONSTATOU UMA FRATURA NA CLAVICULA, CONFORME A FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL, CÓPIA EM ANEXO; QUE É HABILITADO CATEGORIA AB; QUE A MOTOCICLETA É DE SUA PRIMA KYSSIA LARYSSA; QUE NÃO HAVIA INGERIDO BEBIDAS ALCOOLICAS; QUE REGISTRA O FATO PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE E ENCERROU O PRESENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA JOSSAMY FARIAS DA CRUZ - MAT.: 300615-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 28/02/2019 16:12:20

Impresso em: 28/02/2019 16:12:20

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 074.130.673-58 Nome completo da vítima: ERISSON SOARES GODOY DE OLIVEIRA

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

Nome completo: ERISSON SOARES GODOY DE OLIVEIRA CPF: 074.130.673-58
Profissão: Autônomo Endereço: R. Marcos Aurélio da Conceição Número: 263 Complemento: _____
Bairro: TEBAGUÁ Cidade: SUNCELO DO NORTE Estado: CE CEP: 63041100
E-mail: erissonsoaresgodoy@hotmail.com Tel (DDD): (88) 9 88991899

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 684 CONTA: 54313 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação de permanência decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não gera qualquer obrigação futura de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVI) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: SUNCELO DO NORTE, 25 de março
Nome: ERISSON SOARES GODOY DE OLIVEIRA
CPF: 074.130.673-58

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X ERISSON SOARES GODOY DE OLIVEIRA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
X Antônia Sildete de Oliveira Silva
Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____
X Maria Vitoria de Matos Silva
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



Investprev Seguradora S/A

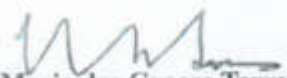
28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao senhor **ERICSSON SOARES GONÇALVES DE OLIVEIRA**, portador do RG n.º 20086824931, SSP-CE inscrito no CPF n.º 074.130.673-58, no dia 04/01/2019, às 06h54, no município de Crato/CE, na Rua José Pinheiro Esmeraldo, Bairro Pinto Madeira, próximo à AABB, vítima de acidente de trânsito, colisão entre moto e ônibus, sendo removido para o Hospital São Raimundo. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 17 de janeiro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 000000054313-8

Nr. da Autenticação 75EC7904EF9C1AAC



Nº DO CLIENTE
4250088

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

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdeiros, 150
CEP 60030-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0005-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 554264355

Rota 12 13000 18 415200 - 3 Date de Emissão 18/12/2018

Nome ERIBERTO GONCALVES DE OLIVEIRA

End. Postal RU MARIA AURORA DA CONCEICAO 00263
TRIANGULO - JUAZEIRO DO NORTE - 63041100

Medidor 3787182 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 525929363-00 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Não de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Dez/2018	13/12/2018	17/01/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda em: [www.eneel.com.br](#)

Conjunta	Out/2018	Out/2018
Mês	DIC18 = 8,00 F	Out/2018 = 53,38

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
134,69	27,00%	36,36

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
FAP: 1.000,0000; COFINS: 5.004,0040; PIS: 4,0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Ant.	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
15-12-18	19-11-18	1.000	1.95	1.95	1.95	1.95	8,00	154,69

VALOR CONSUMO DO MÊS 154,69

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 15,08

INDENIZACAO MENSAL DIC -8,94

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VENCIMENTO 26/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 140,83

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Emissão	25,21
Distribuição	30,12
Encargos Setoriais	8,00
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	37,91
TOTAL	140,83

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
2018	195	154,69
2017	195	154,69
2016	195	154,69
2015	195	154,69
2014	195	154,69
2013	195	154,69
2012	195	154,69
2011	195	154,69
2010	195	154,69
2009	195	154,69

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão: 76 (CO₂) | Compensação: 0,00 (CO₂) | Consciência Ecológica (NCO): 0

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO, UTILIZE:
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal.

A ENEL AGRADECE E PARABORIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

CONSIDERE ESTA CONTA QUITADA SE EFETUADO O DÉBITO EM CONTA CORRENTE - BCO DO BRASIL S.A. AGÊNCIA - 1530.

Consta desta fatura R\$ 1,55 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,44% e COFINS: 0,72%.

Parv. e S.A. - 150 2005 - ANEEL - e-mail: 15.157.82 - 15.157.821

Bandeira verde em dez-18, sem acréscimo no valor de energia a ser ressarcido para o consumidor. Informações: [www.eneel.gov.br](#)

DADOS DO CLIENTE

Nome: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA

End. Leitura: AV CASTELO BRANCO, 3902, TIRADENTES

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 6.4031-102

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 011

Quadra: 0171

Lote: 0000

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A07F273904	900	900	0	0

DATAS

Leitura Atual: 06/09/2018; Emissão: 06/09/2018; Leitura Anterior: 06/09/2018; Próxima Leitura: 06/10/2018; Leitura Registro: 6390211

Leitura Anterior: 06/09/2018; Próxima Leitura: 06/10/2018; Leitura Registro:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Ecipides	1.11	1.11	0.22	1.11	1.11
Análises	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11
Em conformidade	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos débito de R\$ 862,70. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
PARCELAMENTO DE DES 13/24	101,88	Mês/Ano		
PARCELA DE 13/24	2,14	SET, 17	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	7,52	OUT, 17	0	0
		NOV, 17	0	0
		DEZ, 17	0	0
		JAN, 18	0	0
		FEB, 18	0	0
		MAR, 18	0	0
		ABR, 18	0	0
		MAY, 18	0	0
		JUN, 18	0	0
		JUL, 18	0	0
		AGO, 18	0	0
		SET, 18	0	0
		OCT, 18	0	0
		NOV, 18	0	0
		DEZ, 18	0	0
		JAN, 19	0	0
		FEB, 19	0	0
		MAR, 19	0	0
		ABR, 19	0	0
		MAY, 19	0	0
		JUN, 19	0	0
		JUL, 19	0	0
		AGO, 19	0	0
		SET, 19	0	0
		OCT, 19	0	0
		NOV, 19	0	0
		DEZ, 19	0	0
		JAN, 20	0	0
		FEB, 20	0	0
		MAR, 20	0	0
		ABR, 20	0	0
		MAY, 20	0	0
		JUN, 20	0	0
		JUL, 20	0	0
		AGO, 20	0	0
		SET, 20	0	0
		OCT, 20	0	0
		NOV, 20	0	0
		DEZ, 20	0	0
		JAN, 21	0	0
		FEB, 21	0	0
		MAR, 21	0	0
		ABR, 21	0	0
		MAY, 21	0	0
		JUN, 21	0	0
		JUL, 21	0	0
		AGO, 21	0	0
		SET, 21	0	0
		OCT, 21	0	0
		NOV, 21	0	0
		DEZ, 21	0	0
		JAN, 22	0	0
		FEB, 22	0	0
		MAR, 22	0	0
		ABR, 22	0	0
		MAY, 22	0	0
		JUN, 22	0	0
		JUL, 22	0	0
		AGO, 22	0	0
		SET, 22	0	0
		OCT, 22	0	0
		NOV, 22	0	0
		DEZ, 22	0	0
		JAN, 23	0	0
		FEB, 23	0	0
		MAR, 23	0	0
		ABR, 23	0	0
		MAY, 23	0	0
		JUN, 23	0	0
		JUL, 23	0	0
		AGO, 23	0	0
		SET, 23	0	0
		OCT, 23	0	0
		NOV, 23	0	0
		DEZ, 23	0	0
		JAN, 24	0	0
		FEB, 24	0	0
		MAR, 24	0	0
		ABR, 24	0	0
		MAY, 24	0	0
		JUN, 24	0	0
		JUL, 24	0	0
		AGO, 24	0	0
		SET, 24	0	0
		OCT, 24	0	0
		NOV, 24	0	0
		DEZ, 24	0	0
		JAN, 25	0	0
		FEB, 25	0	0
		MAR, 25	0	0
		ABR, 25	0	0
		MAY, 25	0	0
		JUN, 25	0	0
		JUL, 25	0	0
		AGO, 25	0	0
		SET, 25	0	0
		OCT, 25	0	0
		NOV, 25	0	0
		DEZ, 25	0	0
		JAN, 26	0	0
		FEB, 26	0	0
		MAR, 26	0	0
		ABR, 26	0	0
		MAY, 26	0	0
		JUN, 26	0	0
		JUL, 26	0	0
		AGO, 26	0	0
		SET, 26	0	0
		OCT, 26	0	0
		NOV, 26	0	0
		DEZ, 26	0	0
		JAN, 27	0	0
		FEB, 27	0	0
		MAR, 27	0	0
		ABR, 27	0	0
		MAY, 27	0	0
		JUN, 27	0	0
		JUL, 27	0	0
		AGO, 27	0	0
		SET, 27	0	0
		OCT, 27	0	0
		NOV, 27	0	0
		DEZ, 27	0	0
		JAN, 28	0	0
		FEB, 28	0	0
		MAR, 28	0	0
		ABR, 28	0	0
		MAY, 28	0	0
		JUN, 28	0	0
		JUL, 28	0	0
		AGO, 28	0	0
		SET, 28	0	0
		OCT, 28	0	0
		NOV, 28	0	0
		DEZ, 28	0	0
		JAN, 29	0	0
		FEB, 29	0	0
		MAR, 29	0	0
		ABR, 29	0	0
		MAY, 29	0	0
		JUN, 29	0	0
		JUL, 29	0	0
		AGO, 29	0	0
		SET, 29	0	0
		OCT, 29	0	0
		NOV, 29	0	0
		DEZ, 29	0	0
		JAN, 30	0	0
		FEB, 30	0	0
		MAR, 30	0	0
		ABR, 30	0	0
		MAY, 30	0	0
		JUN, 30	0	0
		JUL, 30	0	0
		AGO, 30	0	0
		SET, 30	0	0
		OCT, 30	0	0
		NOV, 30	0	0
		DEZ, 30	0	0
		JAN, 31	0	0
		FEB, 31	0	0
		MAR, 31	0	0
		ABR, 31	0	0
		MAY, 31	0	0
		JUN, 31	0	0
		JUL, 31	0	0
		AGO, 31	0	0
		SET, 31	0	0
		OCT, 31	0	0
		NOV, 31	0	0
		DEZ, 31	0	0
		JAN, 32	0	0
		FEB, 32	0	0
		MAR, 32	0	0
		ABR, 32	0	0
		MAY, 32	0	0
		JUN, 32	0	0
		JUL, 32	0	0
		AGO, 32	0	0
		SET, 32	0	0
		OCT, 32	0	0
		NOV, 32	0	0
		DEZ, 32	0	0
		JAN, 33	0	0
		FEB, 33	0	0
		MAR, 33	0	0
		ABR, 33	0	0
		MAY, 33	0	0
		JUN, 33	0	0
		JUL, 33	0	0
		AGO, 33	0	0
		SET, 33	0	0
		OCT, 33	0	0
		NOV, 33	0	0
		DEZ, 33	0	0
		JAN, 34	0	0
		FEB, 34	0	0
		MAR, 34	0	0
		ABR, 34	0	0
		MAY, 34	0	0
		JUN, 34	0	0
		JUL, 34	0	0
		AGO, 34	0	0
		SET, 34	0	0
		OCT, 34	0	0
		NOV, 34	0	0
		DEZ, 34	0	0
		JAN, 35	0	0
		FEB, 35	0	0
		MAR, 35	0	0
		ABR, 35	0	0
		MAY, 35	0	0
		JUN, 35	0	0
		JUL, 35	0	0
		AGO, 35	0	0
		SET, 35	0	0
		OCT, 35	0	0
		NOV, 35	0	0
		DEZ, 35	0	0
		JAN, 36	0	0
		FEB, 36	0	0
		MAR, 36	0	0
		ABR, 36	0	0
		MAY, 36	0	0
		JUN, 36	0	0
		JUL, 36	0	0
		AGO, 36	0	0
		SET, 36	0	0
		OCT, 36	0	0
		NOV, 36	0	0
		DEZ, 36	0	0
		JAN, 37	0	0
		FEB, 37	0	0
		MAR, 37	0	0
		ABR, 37	0	0
		MAY, 37	0	0
		JUN, 37	0	0
		JUL, 37	0	0
		AGO, 37	0	0
		SET, 37	0	0
		OCT, 37	0	0
		NOV, 37	0	0
		DEZ, 37	0	0
		JAN, 38	0	0
		FEB, 38	0	0
		MAR, 38	0	0
		ABR, 38	0	0
		MAY, 38	0	0
		JUN, 38	0	0
		JUL, 38	0	0
		AGO, 38	0	0
		SET, 38	0	0
		OCT, 38	0	0
		NOV, 38	0	0
		DEZ, 38	0	0
		JAN, 39	0	0
		FEB, 39	0	0
		MAR, 39	0	0
		ABR, 39	0	0
		MAY, 39	0	0
		JUN, 39	0	0
		JUL, 39	0	0
		AGO, 39	0	0
		SET, 39	0	0
		OCT, 39	0	0
		NOV, 39	0	0
		DEZ, 39	0	0
		JAN, 40	0	0
		FEB, 40	0	0
		MAR, 40	0	0
		ABR, 40	0	0
		MAY, 40	0	0
		JUN, 40	0	0
		JUL, 40	0	0
		AGO, 40	0	0
		SET, 40	0	0
		OCT, 40	0	0
		NOV, 40	0	0
		DEZ, 40	0	0
		JAN, 41	0	0
		FEB, 41	0	0
		MAR, 41	0	0
		ABR, 41	0	0



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05

Investprev Seguradora S/A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras sejam 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.

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriano Bezerra Pessoa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 780.636.633 / 59 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.130.613 / 58

do sinistro de DPVAT cobertura Indenizável da Vítima Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.130.613 / 58, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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:	Número:	Complemento:
<u>JO. CASTRO BRANCO</u>	<u>3902</u>	
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>BOA VISTA</u>	<u>SUZANO DO NORTE</u>	<u>CE</u>
E-mail:	CPF:	Tel. (DDD):
<u>adriano.bezerra@hormag.com</u>	<u>63031182</u>	<u>(88)99991899</u>

Local e Data: Suzano do Norte, 25 de março de 2019

Adriano Bezerra Pessoa
Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, KYSSIA LARYSSA COSTA DE OLIVEIRA SILVA

RG nº 2003034099587 data de expedição 01/02/15

Órgão SSP CE portador do CPF nº 032.060.673-24 com

domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE no Estado de

CEARA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: MARIA AURORA DA CONCEIÇÃO nº 428

complemento CASA declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ERICSSON SOARES GONCALVES cujo o condutor era

ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA BIZ 110

Ano: 2016

Placa: PNP 5631

Chassi: 9C2JG7000GRO01414

Data do Acidente: 24/01/2019

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE, 25 DE MARÇO DE 2019.



Kyssia Laryssa Costa de Oliveira Silva

Assinatura do Declarante



Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira

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



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 115333 Leito: AM3.06 Atend.: 533885
Médico: ITALO Data/Hora: 08/01/2019 12:59

PCT COM DOR EM LOCAL DE TRAUMA, FRAT DE CLAVICULA.
SEGUE ESTAVEL.
AG. CIRURGIA.
EX. LAB NORMAIS.

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES
CRM:13476-CE

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06 Atend.: 533885
Enfermeiro(a): VIVIANE Data/Hora: 08/01/2019 08:35

MANHÃ

PACIENTE JOVEM, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, COM SSVV NORMAIS, EM AR AMBIENTE, ACEITANDO DIETA, COM AVP, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS NORMAIS, FOI MCPM, EM USO DE TIPÓIA EM MSE, SEGUE NO CUIDADO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Técnico(a): VIVIANE RODRIGUES DA COSTA
COREN:1119603-CE

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Prescrição: 127683

Í, Isqí

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Data Solic: 09/01/2019 06:13:38
Data Pr Ini: 09/01/2019 10H
Data Atend: 04/01/2019 09:49:00

Sexo: MASCULINO
Convênio: SUS INTERMEDIOS
Data Pr Enc: 10/01/2019 10H
Atendimento: 533885 (1)

Dt Nasc: 03/01/1999 20A 0M 6D
Prescrição: 127683

Leito: AM3.06

Dieta	Item Elem	Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtde Total	Centro de Custo
001	01		DIETA LIVRE			1		

Medicações	Atend	Presc	Item Elem	Código	Descrição	Dose	Unl	Via	Frequência	Qtde Total	Início	Fim
533885	127683	002	01	00010102	SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETAVEL	1	FRS	EV	12/12	2	09/01/2019	10/01/2019
533885	127683	003	01	00010065	DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML	1	AMP	EV	06/06	10	09/01/2019	10/01/2019
533885	127683	004	01	00010055	TRAMADOL, CLOTRIDATO DE; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	1	AMP	EV	08/08	30	09/01/2019	10/01/2019
533885	127683	005	01	00010019	BRONOPRIDA; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	1	AMP	EV	08/08	3	09/01/2019	10/01/2019
533885	127683	006	01	00010151	OMEPRAZOL; 20MG CAPSULA EM JEJUM PELA MANHA -	2	CAP	VO	24/24	2	09/01/2019	10/01/2019

Investprev Seguradora S/A
28 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cuidados	Item Elem	Código	Descrição	Dose	Unl	Via	Frequência	Qtde Total	Saída	Horários
007	01		SINAIS VITAIS DE 8/8H CUIDADOS GERAIS OBSERVAR PERFUSAO DO MEMBRO							

Ass. Prestador: ITALO BRITO ALMEIDA (CRM 13476)
Impresso em 09/01/2019 06:13:49

Medicação Administrada Por: *[Assinatura]*
Data 22/01/19
COREN 805476

Medicação Administrada Por: *[Assinatura]*
Data 10/01/19
COREN 19663

Medicação Administrada Por: *[Assinatura]*
Data 16/01/19
COREN 206507

18:00

10/01/19

[Assinatura]
04/01/19

Dr. Italo Almeida
CRM 13476

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06
Enfermeiro(a): DLUCAS

Atend.: 533885
Data/Hora: 09/01/2019 15:11

TARDE:
PACIENTE ADULTO, CONSCIENTE E ORIENTADO, SSVV ESTAVEIS, M.C.P.M, MANTEM AVP, SEM QUEIXAS E
SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Tecnico (a): FRANCISCO DLUCAS FERREIRA DE SANTANA
COREN:1206287-CE

FRANCISCO D' LUCAS
Téc. de Enfermagem
CE 1206287

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06
Enfermeiro(a): EMERSON

Atend.: 533885
Data/Hora: 09/01/2019 21:00

cliente evolui conciente orientado, normotenso,
afebril, mcpm, mantem avp p/terapais medicamentosa,
ssvv, sem intercorrência, aguarda agendamento cirurgico,
segue sobre cuidados da equipe.

p.a:120x80
t:36

Fco. Emerson Pereira de Franca
Téc. de Enfermagem
COREN 911652

Tecnico (a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA
COREN:911652-CE

ERICSON SOARES, GONCALVES

ID:

Data Nascimento: 03-Jan-1999

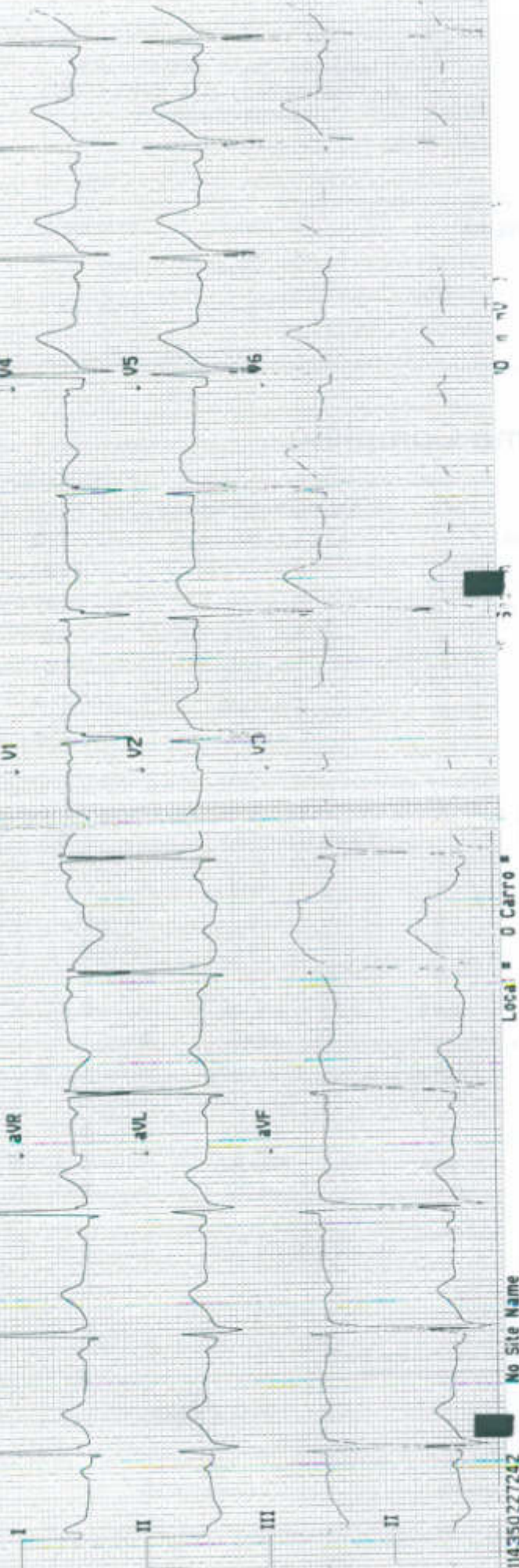
20anos, Masc.

4-Jan-2019 18:07:22 Freq Vent: 77 BPM

Eixos P-R-T: 13 -29 24 Intervalo PR: 121ms

Dur QRS: 98ms QT/QTc: 387/418ms

RR Medio: 778ms QTcB: 438ms QTcF: 420ms



No Site Name

Loca: 0 Carro

114350227242

RELATÓRIO

Conclusão:

Nome: Ericson Soares Gonçalves de Oliveira

Identidade: _____ Prontuário: _____

Sexo: masculino Idade: 20

Diagnóstico: _____

Solicitação: _____

Data: 04/01/19

Dr. Adão Henrique Ribeiro Justa

CARDIOLOGISTA

CRM 4514 - CPF 122.708.223-6

Medico cardiologista:

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Paciente..... ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Médico..... MARCEL PITA
Data Nasc..... 03/01/1999
Data da Coleta..... 05/01/2019

Pedido..... 010033899
Origem..... HSR
Convênio..... HSR - HE
Acomodação... A/M

Liberado por: CAROLINE THALITA

Coagulograma

Material biológico: Plasma Citratado

Método: Fibrometria/ automatizado, Diversos

Tempo de Tromboplastina Parcial - TTPA... 28,8 seg
Tempo de Protombina - TP..... 13,5 seg
RNI..... 1,10
Porcentagem..... 87 %
Liberado por: CAROLINE THALITA

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Valores de Referência

25 a 40s

10 a 14

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 6248
008851010033899P0120190105095448693



Thays Sanchez
Biomédica CRBM 3531



Ludana Vasconcelos
Biomédica CRBM 6738



Caroline Thalita
Biomédica CRBM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Pedido..... 010033899

Médico..... MARCEL PITA

Origem..... HSR

Data Nasc..... 03/01/1999

Convênio..... HSR - HE

Data da Coleta..... 05/01/2019

Acomodação... A/M

Creatinina

Material biológico: Soro

Resultado..... 1,24 mg/dL

Método: Cinético/ automatizado

Valor de Referência

Homem: 0,70 a 1,30 mg/dL

Mulher: 0,60 a 1,20 mg/dL

Recém-nascido (premature): 0,30 a 1,08 mg/dL

Recém-nascido (a termo): 0,24 a 0,88 mg/dL

Criança de 2 a 11 meses: 0,17 a 0,43 mg/dL

Criança de 1 a 2 anos: 0,24 a 0,42 mg/dL

Criança de 3 a 4 anos: 0,32 a 0,49 mg/dL

Criança de 5 a 6 anos: 0,33 a 0,61 mg/dL

Criança de 7 a 8 anos: 0,41 a 0,62 mg/dL

Criança de 9 a 10 anos: 0,40 a 0,76 mg/dL

Adolescente de 11 a 12 anos: 0,55 a 0,82 mg/dL

Adolescente de 13 a 15 anos: 0,59 a 0,90 mg/dL

Liberado por: CAROLINE THALITA

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Estimativa do Ritmo de Filtração Glomerular (eRFG)

Resultado de eRFG Para Adulto Negro..... 95,6 mL/min/1,73m²Resultado de eRFG Para Adulto Não Negro..... 79,0 mL/min/1,73m²

Valor de Referência

Adultos (negros e não negros) maiores de 18 anos: superior a 90 mL/min/1,73m²

NOTA:

- Valores acima de 90mL/min/1,73m² são liberados como superior a 90mL/min/1,73m².
- Após os 40 anos de idade, espera-se uma redução de cerca de 1mL/min do Ritmo de Filtração Glomerular (RFG) por ano.
- A estimativa do RFG não deve ser utilizada em indivíduos hospitalizados com concentrações de creatinina instáveis, principalmente pacientes com insuficiência Renal Aguda.
- O uso da estimativa de RFG também não é recomendado em indivíduos com dietas vegetarianas ou que fazem uso de suplementos de creatina, em extremos de massa muscular (amputados, paraplegicos, desnutridos, fisiculturistas), e em gestantes.
- Fonte da Fórmula CKD-EPI: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:604-612,2009.

Assinado Eletronicamente por Caroline Thallita CRBM 6248
008851010033899P0120190105095446603Thays Sanchez
Biomédica CRBM 3631Luciana Vasconcelos
Biomédica CRBM 6736Caroline Thallita
Biomédica CRBM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Prontuário 115333
Internação 533885

Impresso 04/01/2019 09:53

DADOS DO PACIENTE

Paciente ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEI Nasc. 03/01/1999 Idade 20 Sexo M

Matricula 898003215236054
Endereço RUA NOSSA SENHORA DOS POBRES 7
Cidade CRATO
Mãe MARIS DAS DORES SOARES CAVALCA
CAVALCAN
CPF 074.130.673-58
Natural JUAZEIRO DO NORTE
Profissão

Responsável JOAO LEANDRO COSTA DOS SANTOS
Bairro VILA ALTA Cep 63132070
Telefone 88992041927
Pai ERIBERTO GONCALVES DE
RG 2008682493-1 CE SSP
Raça PARDO
Est. Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico ITALO BRITO ALENCAR ALVES
Clínica INTERN. CLINICA
Setor POSTO MASCULINO
Acomodação AM03
Leito AM3.06

Data/Hora 04/01/2019 09:49
Convênio SUS INTERNADOS
Caráter URGENCIA
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA
Atendente VANDA

RESUMO DE TRATAMENTO

- Dor e edema em Anverso

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV RCR em 2T

AR MV

ABDOMEN RHA

NEUROLOGICO Aleq 15

AO = RV =

PUPLOS

CONDUTA -

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DIAGNÓSTICO

Manejo conservador.
Frot plaqueta

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13150023171

ASSINATURA 05-01-19

TRASNF. P/ MEDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

Administrativo
10/01/19

Médico(a): 13476

ITALO BRITO ALENCAR ALVES
CRM - CE 13476/E-21240

Paciente/Responsável

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06
Enfermeiro(a): AILDA

Atend.: 533885
Data/Hora: 04/01/2019 MANHÃ

PCT E.S.G.O 20 ANOS ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO PRÉ-OPERATORIO COM DR. ITALO. FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA, EM USO DE TIPÓIA, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, SEM QUEIXA, NEGA ALERGIA, DM, HAS. SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. ANEXO 01 RX AGUARDA REALIZAR EXAMES.

Tecnico(a): AILDA RIBEIRO SILVA
COREN: 971296-CE

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06
Enfermeiro(a): MARIARITA

Atend.: 533885
Data/Hora: 04/01/2019 13:41

EM TRATAMENTO CLINICO COM DR ITALO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA CONSCIENTE, ORIENTADO. SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. NEGA QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Tecnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN: 551295-CE

ATA ATEND	04/01/2019			Nº ATEND	533817
ACIENTE	ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA			SEXO	MASCULINO
ATA NASC	03/01/1999	IDADE	20		
G	2008682493-1	CPF	074.130.673-58		
ÂE	MARIS DAS DORES SOARES CAVALCANTE				
NDEREÇO	RUA NOSSA SENHORA DOS POBRES 74 CASA	BAIRRO	VILA ALTA		
IDADE	CRATO	UF	CE	CEP	63132070
ELEFONE 1	88992041927	TELEFONE 2		MEDICO	BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ
LANO DE SAUDE	BPA SUS	MATRICULA	898003215236054	TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA MAIOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

nício da Classificação: 04/01/2019 07:43 Término da Classificação: 04/01/2019 07:42
 lassificador.....: MAIRA SILVA DE SAMPAIO Coren: 279315
 orta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA
 ERGUNTAS: TOLIFE
 UEIXA: DOR E DEORMIDADE EM OMBRO ESQ
 RIGER: CASA
 IPO DE CHEGADA: PRONTO ATENDIMENTO
 NCAMINHAMENTO: SAMU

GRUPO DE

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATENDIMENTO MÉDICO

NAMNESE
 ACIENTE VITIMA DE TRAUMA HOJE EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO ESQ
 O EXAME
 IV PRESERVADO
 EM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL
 EM SINAIS DE TEV
 ELE INTEGRA
 OM DOR A PALPAÇÃO OSSEA E A ADM
 ADIOGRAFIAS DO SEGMENTO COM LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR GRAU V

ONDUTA
 NALGESIA
 NTERNAMENTO
 REOP
 IENTE DOS RISCOS E COMPLICAÇÕES

XAME FÍSICO

XAMES COMPLEMENTARES

IPÓTESE DIAGNÓSTICA

ONDUTA

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável



PRESCRIPÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (E) (MÉDICA)
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 127394

Investprev Seguradora S/A
28 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES
Data Solic.: 05/01/2019 05:58:47
Data Pr Ini: 05/01/2019 10H
Data Atend.: 04/01/2019 09:49:00

Sexo: MASCULINO
Correlação: SUS INTERNADOS
Data Pr Enc: 06/01/2019 10H
Atendimento: 533885(1)
Dt Nasc: 03/01/1999 20A 0M 2D
Prescrição: 127394
Leito: AM3.06

Dieta
Item Item Código Descrição
001 01 DIETA LIVRE

Dose Via Frequência Qtde Total Centro de Custo
1

Medicações
Item Item Código Descrição

Nome de Seguradora

Opção Comercial

Dose Unid Via Frequência

002 01 00010102 SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETAVEL
Horários: 18 18 04

SORO FISIOLÓGICO

1 FR5 EV 12/12

003 01 00010065 DIPIRONA SODICA 500MG/ML AMPOLA 2ML
Horários: 18 18 04

DIPIRONA SODICA

1 AMP EV 06/06

004 01 00010055 TRAMADOL, CLODRATO DE: 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAV
Horários: 18 18 04

CLODRATO DE TRAMADOL

1 AMP EV 08/08

005 01 00010019 BROMOPRIDA 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL
Horários: 18 18 02

BROMOPRIDA

1 AMP EV 08/08

006 01 00010151 OMEPRAZOL, 20MG CAPSULA
EM JEJUM PELA MANHA -
Horários: 18 18 02

OMEPRAZOL

2 CAP VO 24/24

Cuidados
Item Item Código Descrição

Dose Unid Via Frequência Qtde Total Salda

007 01 SINAIS VITAIS DE 8/8H
CUIDADOS GERAIS
OBSERVAR PERFUSAO DO MEMBRO

1

Libo B...
Cm. C...

Administradora Por:
N. A. L. M. 55135
Horário 00 Data 5/01/19

16:00
18:00

Data: Horário:

juana
22 5 1 19
805476

Prontuário 115333
Internação 534675

Impresso 10/01/2019 01:15

DADOS DO PACIENTE

Paciente ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEI Nasc. 03/01/1999 Idade 20 Sexo M

Matrícula 898003215236054
Endereço RUA NOSSA SENHORA DOS POBRES 7
Cidade CRATO
Mãe MARIS DAS DORES SOARES CAVALCA

CAVALCAN

CPF 074.130.673-58
Natural JUAZEIRO DO NORTE
Profissão

Responsável JOAO LEANDRO COSTA DOS SANTOS
Bairro VILA ALTA Cep. 63132070
Telefone 88992041927
Pai ERIBERTO GONCALVES DE

RG 2008682493-1 CE SSP
Raça PARDO
Est.Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico JOSE LEITE LANDIM NETO
Clínica INTERN. CIRURGICA
Setor POSTO MASCULINO
Acomodação AM03
Leito AM3.06

Data/Hora 10/01/2019 01:09
Convênio SUS Investprev Seguradora S/A
Caráter ELETIVA
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA
Atendente VANUZA

28 MAR 2019

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA - *Pronto*

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO *Normal*

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

AR

ABDÔMEN

NEUROLÓGICO

LG AO = RV = RM =

PUPILAS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA *no univ*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO *bre*

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13150023250

ASSINATURA *V. Costa*

TRASNF. P/ MEDICO

CONDIÇÕES DE ALTA *curada*

ALTA EM 11 / 01 / 19

Ericsson Soares Goncalves de Oliveira
Paciente/Responsável

Médico(a): 11611 JOSE LEITE LANDIM NETO

Investprev Seguradora S/A
28 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Landing Note

Investprev Seguradora

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001

Ass. @ Carimbo

Ass. e Carimbo do Anestesiista - CRM

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ANESTÉSICA
PRÉ-ANESTÉTICO

Nome	Eduardo Silva G. de V.			Reg.		
Sexo	M	Idade	20	Peso	Alt.	Clinica
Diag. Pré-Op	F. de C. de E.					
Cirurgia Proposta	T-t m.					
Anest. Ant.	—					

Alergia	—	Alcool
Fumo Tempo - Quant.	—	
Drogas em uso - Doses	—	

Estado Mental	Desem.	Tipo de Sangue
Boca		Pescoço

PA.	120 x 80	F.C.	70	Pulso	70	Veias
Ap. Resp.						

Ap. Circ.	
-----------	--

Ap. Gen. - Uri	
----------------	--

S. Nervoso	
------------	--

S. Endocrino	
--------------	--

Exs. Compl.	2000 W - 1
-------------	------------

Est. Físico (asa)	PI	Anest. Proposta	Bb
		Assinatura	

PÓS - ANESTÉSICO

Sala de Recuperação

Enfermaria

Data - Hora	Data - Hora
Assinatura	Assinatura

Obs.:

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CNPJ: 42.366.302/0001-28

[illegible]

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 115333
Médico: LANDIM

Leito: AM3.06 Atend.: 534675
Data/Hora: 10/01/2019 16:16

LAC ESQUERDA
PCT SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO HOJE
EGB, ESTÁVEL
EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS

Médico(a): JOSE LEITE LANDIM NETO
CRM:11611-CE


Jose Leite Landim Neto
CRM 11.611/CE

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06
Enfermeiro(a): JULIA

Atend.: 534675
Data/Hora: 10/01/2019 01:20

PACIENTE READMITIDO APOS ALTA ADMINISTRATIVA PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA COM DRº LANDIM, CONSCIENTE E ORIENTADO PREPARADO AGUARDA PROCEDIMENTO.

Tecnico(a): MARIA JULIA SOARES LIMA
COREN:805476-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06 Atend.: 534675
Enfermeiro(a): VALDERLANIA

Data/Hora: 10/01/2019 20:11

NOITE

CLIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO, SEGUE EVOLUINDO CALM O, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITANDO A DIETA ORAL OFERECIDA, DEAMBULANDO, AFEBRIL T:36.6°C, NORMOTENSO PA:140X90mmHg. EM VENOCLOSE POR AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA. QUEIXA-SE DE DOR EM FERIDA OPERATORIA. MCPM. SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

**FEITO RX DE CONTROLE EM ANEXO AO PRONTUARIO. VALDERLANIA-1034093.

Tecnico(a): MARIA VALDERLANIA NUNES VIANA
COREN:1034093-CE

Valderlania

Maria Valderlania
Técnica em Enfermagem
COREN 1034093

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra

FICHA DE EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario.....: 115333
Enfermeiro(a): ADRIANA

Leito: AM3.06 Atend.: 534675
Data/Hora: 11/01/2019 08:55

APÓS VISITA MEDICA RECEBEU ALTA HOSPITALAR. ENTREGUE RECEITA E DATA DE RETORNO.

Adriana A. Maia
Enfermeiro(a): ADRIANA AMORIM MAIA
COREN:319439-CE

Paciente..... ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Pedido..... 010033899

Médico..... MARCEL PITA

Origem..... HSR

Data Nasc..... 03/01/1999

Convênio..... HSR - HE

Data da Coleta..... 05/01/2019

Acomodação... A/M

Liberado por: CAROLINE THALITA

Coagulograma

Material biológico: Plasma Citratado

Método: Fibrometria/ automatizado, Diversos

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

Valores de Referência

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Tempo de Tromboplastina Parcial - TTPA... 28,8 seg

Tempo de Protombina - TP..... 13,5 seg

RNI..... 1,10

Porcentagem..... 87 %

Liberado por: CAROLINE THALITA

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 8248
008851010033899P0120190105085446693Thays Sanchez
Biomédica CRBM 3531Ludene Vasconcelos
Biomédica CRBM 6738Caroline Thalita
Biomédica CRBM 8248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Pedido..... 010033899

Médico..... MARCEL PITA

Origem..... HSR

Data Nasc..... 03/01/1999

Convênio..... HSR - HE

Data da Coleta.... 05/01/2019

Acomodação... A/M

Creatinina

Material biológico: Soro

Resultado..... 1,24 mg/dL

Método: Cinético/ automatizado

Valor de Referência

Homem: 0,70 a 1,30 mg/dL

Mulher: 0,60 a 1,20 mg/dL

Recém-nascido (premature): 0,30 a 1,08 mg/dL

Recém-nascido (a termo): 0,24 a 0,88 mg/dL

Criança de 2 a 11 meses: 0,17 a 0,43 mg/dL

Criança de 1 a 2 anos: 0,24 a 0,42 mg/dL

Criança de 3 a 4 anos: 0,32 a 0,49 mg/dL

Criança de 5 a 6 anos: 0,33 a 0,61 mg/dL

Criança de 7 a 8 anos: 0,41 a 0,62 mg/dL

Criança de 9 a 10 anos: 0,40 a 0,76 mg/dL

Adolescente de 11 a 12 anos: 0,55 a 0,82 mg/dL

Adolescente de 13 a 15 anos: 0,59 a 0,90 mg/dL

Liberado por: CAROLINE THALITA

28 MAR 2019

 Investprev Seguradora S/A
 CNPJ: 42.366.302/0001-28

Estimativa do Ritmo de Filtração Glomerular (eRFG)

 Resultado de eRFG Para Adulto Negro..... 95,6 mL/min/1,73m²

 Resultado de eRFG Para Adulto Não Negro..... 79,0 mL/min/1,73m²

Valor de Referência

 Adultos (negros e não negros) maiores de 18 anos: superior a 90 mL/min/1,73m²

NOTA:

- Valores acima de 90mL/min/1,73m² são liberados como superior a 90mL/min/1,73m².
- Após os 40 anos de idade, espera-se uma redução de cerca de 1mL/min do Ritmo de Filtração Glomerular (RFG) por ano.
- A estimativa do RFG não deve ser utilizada em indivíduos hospitalizados com concentrações de creatinina instáveis, principalmente pacientes com Insuficiência Renal Aguda.
- O uso da estimativa de RFG também não é recomendado em indivíduos com dietas vegetarianas ou que fazem uso de suplementos de creatina, em extremos de massa muscular (amputados, paraplégicos, desnutridos, fisiculturistas), e em gestantes.
- Fonte da Fórmula CKD-EPI: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:604-612,2009.

 Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 6248
 008851010033899P0120190105095446893



 Thays Sanchez
 Biomédico CRBM 3891



 Ludene Vasconcelos
 Biomédico CRBM 6736



 Caroline Thalita
 Biomédico CRBM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

115333

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

10/01/2019

19:25:54

CNPJ: 42.366.302/0001-28

E
AP

Z: 100%

W:4096 L:2048



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

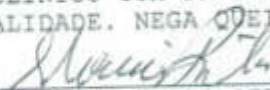
Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06
Enfermeiro(a): MARIARITA

Atend.: 533885

Data/Hora: 05/01/2019 15:00

EM TRATAMENTO CLINICO COM DR ITALO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA CONSCIENTE, ORIENTADO. SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. NEGA QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.


Tecnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN:551295-CE

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06
Enfermeiro(a): EMERSON

Atend.: 533885

Data/Hora: 05/01/2019 21:00

CLIENTE EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADO, NORMOTENSO, NEGA DOR, VERIFICO SSVV, MANTEM AVP P/MEDICAÇÃO IMOBILIZADO COM TIPOIA 8 SEM INTERCORRENCIA, COOPERATIVO NO LEITO.

P.A: 120X80
T: 36


Tecnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA
COREN: 911652-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario: 115333 Leito: AM3.06 Atend.: 533885
Médico: ITALO Data/Hora: 06/01/2019 08:58

PCT COM DOR EM LOCAL DE TRAUMA, FRAT DE CLAVICULA.
SEGUE ESTAVEL.
SOLICITO EX. PRE-OP.
AG. CIRURGIA.

Médico(a): ITALO BRITO ALONSO ALVES
CRM:13476-CE

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06 Atend.: 533885
Enfermeiro(a): SILVANA Data/Hora: 06/01/2019 11:03

MANHÃ:

PACIENTE JOVEM PRÊ-OPERATÓRIO, TRATAMENTO CLINICO POR DRº ITALO. EVOLUI CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, ACEITA DIETA, COOPERATIVO, DEAMBULA, COOPERATIVO, HIGIENIZADO, USO DE TIPÓIA, AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA E SOROTERAPIA, MCPM. SEGUE NO LEITO EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Técnico(a): MARIA SILVANA FERREIRA DE FIGUEIREDO SILVA
COREN: 473277-CE

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 127499

1, jç:1

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES
Data Solic.: 07/01/2019 06:03:15
Data Pr Im: 07/01/2019 10H
Data Atend.: 04/01/2019 09:49:00

Sexo: MASCULINO
Convênio: SUS INTERNADOS
Data Pr Enc: 08/01/2019 10H
Atendimento: 533885(1)
Dt Nasc: 03/01/1999 20A 0M 4D
Prescrição: 127499
Leito: AM3.06

Investprev Seguradora S/A
28 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dieta: 001 DIETA LIVRE

Medicações	Item Código	Descrição	Dose	Unl Via	Frequência	Qtde Total	Salda Horários
002	00010102	SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETAVEL.	1	FIS EV	12/12	2	10
003	00010065	DIFENHRA SODICA: 500MG/ML AMPOLA 2ML	1	AMP EV	06/06	4	10
004	00010055	TRAMADOL, CLONIDRANO DE, 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAV	1	AMP EV	08/08	3	10
005	00010019	BROMOPRIDA: 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	1	AMP EV	08/08	3	10
006	00010151	OMEPRAZOL: 20MG CAPSULA EM JEJUM PELA MANHA -	2	CAP VO	24/24	2	(10) 90

Cuidador: 007 SINAIS VITAIS DE 8/8H
CUIDADOS GERAIS
OBSERVAR PERFUSAO DO MEMBRO

Ass. Prestador: ITALO BRITO ALENCAR OLIVEIRA (CPF: 3476)
Impresso em 07/01/2019 08:06:11 pelo usuário MORIANA

Medicação Administrada Por:
Dra. Coren 119603
Horário 10:00 Data 07/01/19

Medicação Administrada Por:
M. R. A. Coren 111119
Horário 16:00 Data 7/1/19

Medicação Administrada Por:
S. A. Coren 805476
Horário 22:00 Data 7/1/19

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

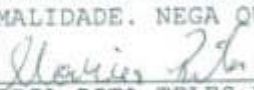
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06
Enfermeiro(a): MARIARITA

Atend.: 533885
Data/Hora: 07/01/2019 14:00

EM TRATAMENTO CLINICO COM DR ITALO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA CONSCIENTE, ORIENTADO. SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. NEGA QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.


Tecnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN:551295-CE

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06
Enfermeiro(a): EMERSON

Atend.: 533885
Data/Hora: 07/01/2019 21:00

CLIENTE EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADO, NORMOTENSO, AFEBRIL, VERIFICO SSVV, MANTEM AVP P/TERAPIAS MEDICAMENTOSA, AGUARDA CIRURGIA, SEGUE SOBRE CUIDADOS DA EQUIPE.

P.A: 120X80
T: 36


Tecnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA
COREN:911652-CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTeira NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO UF
 20086824931 SSP CE

CH 074.130.673-58 DATA NASCIMENTO 03/01/1999

PRACON
 ERIBERTO GONCALVES DE OLIVEIRA
 MARIA DAS DORES SOARES CAVALCANTE

SEX M ACB 2.00 CALHA 2.00

VALIDADE 20/01/2023 11/04/2017

SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura do Portador
 Ericsson Soares Goncalves

DATA EMISSÃO 11/05/2018

LOCAL JUAREIRO DO NORTE, CE

Assinatura do Diretor
 1- V. L. P. M.

54985980796
 CE164875174

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1497397377

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1497397377

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CNPJ: 42.366.302/0001-28

[illegible][illegible]

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS	
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VEICULO	Nº 013872496025 2018
1106975119	0000000000
KYSSIA LARISSA COSTA DE OLIVEIRA SILVA JUAZEIRO DO NORTE/CE	
03206067324	PNF5631
9C2JC7000CR001414	GASOLINA
HONDA/BIZ 110I	2016
2P/004/109CC	PRETIA
1	1ª
2	2ª
3	3ª
PREMIO TARIFARIO (R\$)	00/00/0000
03/05/2018	

CE Nº 013872496025	
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
03206067324	PNF5631
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradorallider.com.br 1600 DPVAT 0800 760 18866711	
01	03206067324
1106975119	HONDA/BIZ 110I
2016	09
9C2JC7000CR001414	PREMIO TARIFARIO
00/00/0000	00/00/0000
03/05/2018	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238868 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. 8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. 12/15/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 ombros	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: 3190238868 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. 8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. 12/15/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Nome do Outorgante: ERICSSON SOARES GONÇALVES DE OLIVEIRA
Data do Documento: 04/01/2019
Assinado: (DMS + INVALUOL)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ERICSSON SOARES GONÇALVES DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: VENDEDOR
Identidade: 20086824931 CPF: 074.130.673.58
Endereço: RUA: MARIA AURORA DA CONCEIÇÃO Nº 263

OUTORGADO:

Nome: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: GERENTE ADMINISTRATIVO
Identidade: 94002329164 CPF: 780.636.633-49
Endereço: AVENIDA CASTELO BRANCO Nº 3902 MND JUAZEIRO

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE, 23 DE março de 2019.



Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Investprev Seguradora S/A

28 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106113/19

Vítima: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIV

CPF: 074.130.673-58

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/01/2019

Titular do CPF: ERICSSON SOARES
GONCALVES DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA : 780.636.633-49

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

ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA : 074.130.673-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2019
Nome: ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA
CPF: 780.636.633-49

ADRIANO BEZERRA BESSA VIEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva