



PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

30/10/2019 13:53

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA Dt. Nasc.: 17/06/1974 Atendimento: 63114247 Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO Posto: POSTO 1A - HGPC Leito: C-1001/2
Profissional(is): CARLOS VINÍCIUS DE PINHO LIMA, MÉDICO, CRM 12627 [1] Nº: 46237519 30/10/2019 às 13:53

IDENTIFICAÇÃO

Nome	ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	45 A 4 M	[1]
Data De Nascimento	17/06/1974	[1]
Nº Atendimento	63114247	[1]

Documentação médico - hospitalar



DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]
----------------	---------------------------	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	LIBERAR DIETA APOS RECUPERAÇÃO ANESTESICA; MANTER ANALGESIA	[1]
-----------	---	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	1 Dias	[1]
---------------	--------	-----



Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627

Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

31/10/2019 09:11

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 17/06/1974	Atendimento: 63114247	Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO	Posto: POSTO 1A - HGPC	Leito: C-1001/2	
Profissional(is): WAYDSON BASILIO DOS SANTOS, MÉDICO, CRM 9048 [1]		Nº: 46271294 31/10/2019 às 09:11	
DIAGNÓSTICOS			
CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA		[1]

Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE: 9048
RQE: 3988



Dr. Carlos Vinicius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

31/10/2019 07:58

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA Dt. Nasc.: 17/06/1974 Atendimento: 63114247 Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO Posto: POSTO 1A - HGPC Leito: C-1001/2

Profissional(is): BRUNA MARIA SANTOS DE AQUINO COREN 940904 [1]
SARA DIAS BARROSO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 967402 [2]
SOLANGE DA SILVA SANTOS COREN 1051369 [3] Nº: 46261933 31/10/2019 às 00:55

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento 17/06/1974 [2]

Sexo Masculino. [2]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora 07:55 HS [2]

Hora

Descrição CLIENTE EVOLUINDO BEM AO P.O DE CLAVICULA ESQUERDA, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, COOPERATIVO, CALMO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADO, ACEITANDO BEM A DIETA OFERECIDA, JELCO HIDROLIZADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, HIGIENE SATISFATORIA, SEM QUEIXAS NO PRESENTE MOMENTO. [2]
APÓS VISITA MEDICA RECEBEU VISITA MEDICA, E LOGO APÓS RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte PLAMET AMPL 10MG EV 2/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 00:55, EM 31/10/2019 POR SOLANGE DA SILVA SANTOS, COREN/CE 1051369. [3]

DIETA PARA A IDADE/GERAL-ADULTO 3/3h ORAL ADMINISTRADA AS 01:53, EM 31/10/2019 POR SOLANGE DA SILVA SANTOS, COREN/CE 1051369.

Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte DIETA PARA A IDADE/GERAL-ADULTO 3/3h ORAL ADMINISTRADA AS 05:17, EM 31/10/2019 POR BRUNA MARIA SANTOS DE AQUINO, COREN/CE 940904. [1]

SORO FISIOLÓGICO 0,9% TUBO 500ML EV 2/2 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 05:18, EM 31/10/2019 POR BRUNA MARIA SANTOS DE AQUINO, COREN/CE 940904.

CEFALOTINA FRAP 1GR EV 2/2 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 05:18, EM 31/10/2019 POR BRUNA MARIA SANTOS DE AQUINO, COREN/CE 940904.

CETOPROFENO IV FRAP 100MG EV 2/2 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 05:18, EM 31/10/2019 POR BRUNA MARIA SANTOS DE AQUINO, COREN/CE 940904.



Sara Dias Barroso
Téc. em Enfermagem
COREN/CE 967402

Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

31/10/2019 06:43

Paciente:	ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA	Dt. Nasc.:	17/06/1974	Atendimento:	63114247	Prontuário:	17548005
Convênio:	PREFEITURA JUAZEIRO	Posto:	POSTO 1A - HGPC	Leito:	C-1001/2		
Profissional(is):	CICERA MARIA DA SILVA PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 704272 [1] MARIA REGILANE SANTOS MASCARENHAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 966766 [2] SOLANGE DA SILVA SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1051369 [3]			Nº:	46222897	30/10/2019	às 09:21
DADOS DO PACIENTE							
Data De Nascimento	17/06/1974			(1)			
Sexo	Masculino.			(1)			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ							
Hora	09:21			(1)			
Hora							
Descrição	CLIENTE ADMITIDO NESTE LEITO PARA TRATAMENTO CIRURGICO FRAT CLAVICULA E, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSO, AFEBRIL, RESPIRA AR AMBIENTE, HIDRATADO, PELE INTEGRA COM BOA PERFUSÃO CAPILAR, NEGA ALÉRGICAS, TABAGISMO, DM, HAS, É ETILISTA SOCIAL, SS V V AFERIDOS SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM AGUARDANDO CHAMADO DA S.O.			(1)			
Intercorrências	10:15 Hs ENCAMINHADO AO S.O.			(1)			
Hora							
Descrição	12:00 cliente retornou do s.o, sonolento, respirando ar ambiente, velo com avp, em soroterapia, dieta liberada apos efeito da anestesia, segue aos cuidados de enfermagem.			(2)			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE							
Hora	15:58			(2)			
Hora							
Descrição	cliente em p.o, evoluindo, consciente, orientado, verbalizando, respirando ar ambiente, eupneico, afebril, corado, hidratado, acianotico, acompanhado, aceitando bem a dieta oferecida, diurese espontaneo, referiu algias moderada, m.c.p.m ev, em soroterapia, curativo umido, segue aos cuidados de enfermagem.			(2)			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE							
Hora	20:00			(3)			
Hora							
Descrição	CLIENTE EVOLUINDO BEM AO P.O. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCORADO, ESTA EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADO, MANTENDO SOROTERAPIA + MEDICAÇÃO, ACEITANDO BEM A DIETA OFERECIDA, HIGIENE CORPORAL SATISFATORIA, DIURESE ESPONTANEA, CURATIVO GRANDE UMIDO APRESENTANDO LIQUIDO DE ASPECTO SANGUINOLENTO SEM ODOR, SSVV AFERIDOS. PA=120X80mmhg T=36.6°C P=85bpm R=18rpm SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. AS 06:00HS CLIENTE RELATA TER DORMIDO BEM, MANTEM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADO, HIGIENE CORPORAL SATISFATORIA. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.			(3)			
CUIDADOS DE ENFERMAGEM							

Dr. Carlos Vinicius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627

Solange da Silva Santos
Téc. em Enfermagem
COREN 001051369



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

31/10/2019 09:26

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA Dt. Nasc.: 17/06/1974 Atendimento: 63114247 Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO Posto: POSTO 1A - HGPC Leito: C-1001/2

Profissional(is): ROSA MARIA FERREIRA DE LIMA MELO, ENFERMEIRO(A), COREN 432169 [1] Nº: 46272077 31/10/2019 às 09:26

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

CLIENTE EM P.O
CLAVICULA, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, RECEBEU VISITA
MÉDICA EM SEGUIDA ALTA HOSPITALAR, RETIRADO AVP

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Rosa Maria F. de Lima Melo
Enfermeiro
COREN-CE 432.169



Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE 12627



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

31/10/2019 08:12

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA Dt. Nasc.: 17/06/1974 Atendimento: 63114247 Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO Posto: POSTO 1A - HGPC Leito: C-1001/2

Profissional(is): ROSA MARIA FERREIRA DE LIMA MELO, ENFERMEIRO(A), COREN 432169 [1] Nº: 46268672 31/10/2019 às 08:12

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

CLIENTE EM P.O DE CLAVICULA, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, ACEITA BEM A DIETA, RECEBEU VISITA MÉDICA EM SEGUIDA ALTA HOSPITALR, RETIRADO AVP, CLIENTE SAIU ACOMPANHADO POR FAMILIARES

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Rosa Maria Ferreira de Lima Melo
Enfermeiro
COREN-CE 432.169



Car.

Dr. Carlos Vinicius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

31/10/2019 00:14

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA Dt. Nasc.: 17/06/1974 Atendimento: 63114247 Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO Posto: POSTO 1A - HGPC Leito: C-1001/2
Profissional(is): SILVANIA FERREIRA DE SOUZA, ENFERMEIRO(A), COREN 136242 [1] Nº: 46261279 31/10/2019 às 00:14

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

CLIENTE EM PO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, CORADO, ATIVO, COOPERATIVO, ACEITA DIETA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM;

[1]

ALERGIAS

Alergias

NÃO

[1]

AValiação DE RISCO

Flebite

Sim

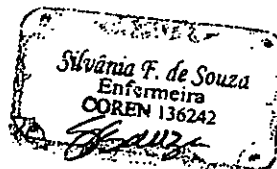
[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



Cm.

Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 3 de 3

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

31/10/2019 00:12

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA Dt. Nasc.: 17/06/1974 Atendimento: 63114247 Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO Posto: POSTO 1A - HGPC Leito: C-1001/2

Esponaneamente	Sim	[2]
Orientado E Conversando	Sim	[2]
Obedece A Comandos	Sim	[2]
Escala De Glasgow	15	[2]
REGISTROS		
Acesso Periférico Pervio	Sim	[2]
ESCALA DE DOR		
1 (Sem Dor)	Sim	[2]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Hora	00:06	[2]
ESCALA DE BRADEN		
Escala De Braden	14	[2]
Levemente Limitado	Sim	[2]
Raramente Molhado	Sim	[2]
Anda Frequentemente	Sim	[2]
Levemente Limitado	Sim	[2]
ESCALA DE ALDRETE KROULIK		
Desperto Totalmente	Sim	[2]
Maior Que 92% Respirando Ar	Sim	[2]



Dr. Carlos Vinicius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627

Silvânia G. de Souza
Enfermeira
COREN 136242
[Assinatura]



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
30/10/2019 15:12
rp1532_s00

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 17/06/1974	Atendimento: 63114247	Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO	Nº Prescrição: 24424603	30/10/2019 às 15:11	
Posto: POSTO 1A - HGPC	Leito: C-1001/2	Enfermeiro(a): RISCILLA GABRIELLA ALEIXO COS	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite
----------------------------	-------	-------	-------



Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 30/10/2019 15:11

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA	Dt. Nasc. 17/06/1974	Atendimento: 63114247
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO	Nº Prescrição: 24424536	30/10/2019 às 15:08
Posto: POSTO 1A - HGPC	Leito: C-1001/2	Prontuário: 17548005
		Peso: 70.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	CRM-12627
PLANO NUTRICIONAL	UD		
2. Hidratação Venosa	2 Fases	Vol. Total: 500 ml	14.00 gts/min
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		500 ml	Acesso Periférico
3. CEFALOTINA (1.00g) (D1/1)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	12/12h EV
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml	CRM-12627
4. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h EV
Água Destilada		18 ml	CRM-12627
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h EV
Água Destilada		18 ml	SN
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	50mg	1 ML (AMPL C/ 50MG)	8/8h EV
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml	SN
Alta vigilância			CRM-12627
7. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 UD (FRAP C/ 100MG)	12/12h EV
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml	CRM-12627
8. SINAIS VITAIS			CRM-12627

Profissionais: CRM-12627

CARLOS VINICIUS DE PINHO LIMA



Dr. Carlos Vinicius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627

Dr. Carlos Vinicius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

ACB - 02

Erivan Vidal de Souza Oliveira

R₁

Final

① Cefalexino 500ml ————— 28g
Olig a 616L

② Lisozim ————— 014
Olig a 12(12)

Dr. Cássio M. de Silva
CRM 6002
Especialista em Traumatologia

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101-3150
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará



UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade... JUAZEIRO DO NORTE
e-mail...

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (08) 82156-2188



624213
Atendimento



202478
Prescrição

Prescrição Médica

Prontuário 187947	Nome: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA Ala/Leito: Leito de Observação Convênio: SUS	DVHr: 08/10/2019 11:04 Nasc: 17/06/1974 Idade: 45	APRAZAMENTO												Pág: 1
			Obs	16	18	20	22	00	02	04	06	08	10	12	14
Medicações															
1 - KIT DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM															
2 - KIT DEKAMETASONA 4MG/2,5ML IM															

Prescrição Médica
Comunicação de Urgência
Médico - Responsável pelo Atendimento Integrado



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 3

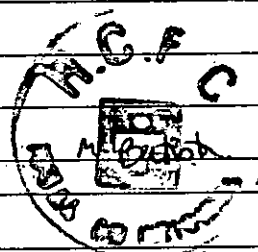
HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

31/10/2019 00:12

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 17/06/1974	Atendimento: 63114247	Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO	Posto: POSTO 1A - HGPC	Leito: C-1001/2	

Posição do paciente durante o ato operatório	Outros.	[4]
Membro Ou Lado A Ser Operado	CLAVÍCULA ESQUERDA	[4]
Numero Inicial De Compressas	5 UD	[4]
Contagem Final De Compressas	5 UD	[4]
Clorexedine Degermante	Sim	[4]
Alcool	Sim	[4]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INTEGRA	[4]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[4]
Encaminhamento Do Paciente	UNIDADE DE INTERNAÇÃO.	[4]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	12:00	[4]

SINAIS VITAIS		
Pulso	99 bpm	[4]
PA	120X80	[4]
PAM	95	[4]
FC	90 bpm	[4]
FR	13 mrpm	[4]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	98 %	[4]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	30/10/2019	[4]
Hora	11:27	[4]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Intercorrências	NENHUMA	[4]
Eletrodos	TORÁCICA	[4]
Incisão Cirúrgica	CLAVÍCULA ESQUERDA	[4]
Punções Venosas	MSD	[4]
PÓS-OPERATÓRIO		
Nível de Consciência pos operatorio	Calm.	[2]
Tipo De Respiração	Espontânea s/suporte de o2.	[2]
Curativos Cirúrgicos	Limpo e seco.	[2]
SINAIS VITAIS		
T	36 °C	[2]
Pulso	72 bpm	[2]
FR	21 mrpm	[2]
ESCALA DE GLASGOW		



Dr. Carlos Vinicius de Pinho Lima
Médico
CRM-GE-12637

[Handwritten signature]



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

30/10/2019 18:11

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 17/06/1974	Atendimento: 63114247	Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO	Posto: POSTO 1A - HGPC	Leito: C-1001/2	
Profissional(is): CICERA MARIA DA SILVA PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 704272 [1] MARIA REGILANE SANTOS MASCARENHAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 966766 [2]		Nº: 46222897	30/10/2019 às 09:21

DADOS DO PACIENTE	
Data De Nascimento	17/06/1974 [1]
Sexo	Masculino. [1]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ	
Hora	09:21 [1]
Hora	
Descrição	CLIENTE ADMITIDO NESTE LEITO PARA TRATAMENTO CIRURGICO FRAT CLAVICULA E, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSO, AFEBRIL, RESPIRA AR AMBIENTE, HIDRATADO, PELE INTEGRA COM BOA PERFUSÃO CAPILAR, NEGA ALÉRGICAS, TABAGISMO, DM, HAS, É ETILISTA SOCIAL, SS V V AFERIDOS SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM AGUARDANDO CHAMADO DA S.O. [1]
Intercorrências	10:15 Hs ENCAMINHADO AO S.O. [1]
Hora	
Descrição	12:00 cliente retornou do s.o, sonolento, respirando ar ambiente, veio com avp, em soroterapia, dieta liberada após efeito da anestesia, segue aos cuidados de enfermagem. [2]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE	
Hora	15:58 [2]
Hora	
Descrição	cliente em p.o, evoluindo, consciente, orientado, verbalizando, respirando ar ambiente, eupneico, afebril, corado, hidratado, acianótico, acompanhado, aceitando bem a dieta oferecida, diurese espontânea, referiu algias moderadas, m.c.p.m ev, em soroterapia, curativo úmido, segue aos cuidados de enfermagem. [2]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE	
CUIDADOS DE ENFERMAGEM	

Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627





FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

30/10/2019 17:07

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA Dt. Nasc.: 17/06/1974 Atendimento: 63114247 Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO Postp: POSTO 1A - HGPC Leito: C-1001/2

Profissional(is): PRISCILLA GABRIELLA ALEIXO COSTA COREN 304828 [1] Nº: 46246065 30/10/2019 às 16:44
SUSANE SOARES DOS SANTOS, ENFERMEIRO(A), COREN 420342 [2]

PACIENTE

Data De Admissão 30/10/2019 [2]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Eletiva. [2]

Data Da Cirurgia 30/10/2019 [2]

Procedimento Cirúrgico Proposto CLAVICULA ESQUERDA [2]

Comorbidades NAO [2]

Nome, dosagem, frequência NAO [2]

Alergia- Descrição NAO [2]

Tabagista Não. [2]

Etilista Não. [2]

Reserva de Hemoderivados

Higienização Sim [2]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [2]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Intolerância Alimentar Não. [2]

Jejum Sim. [2]

Conservado Sim [2]

Dentição Preservada. [2]

ELIMINAÇÕES

Intestinais Presente. [2]

Urinárias Presente. [2]

CONFORTO**INTRA-OPERATÓRIO**

Responsável Pelo Recebimento EDIVÂNIA [2]

Hora C [2]

Sala 10:20 [2]

Condições Da Pele ao início da cirurgia INTEGRA Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima [2]

Início Da Anestesia 10:45 Médico CRM-CE: 12627 [2]

Término Da Anestesia 11:45 [2]

Início Da Cirurgia 11:00 Priscilla G. Aleixo Costa [2]

Término Da Cirurgia 11:40 Enfermeira [2]

Instrumentador FABRÍCIO [2]

Circulante EDIVÂNIA [2]

Posição do paciente durante o ato operatório Outros. [2]



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL GERAL PADRE CICERO

30/10/2019 14:38

Paciente: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 17/06/1974	Atendimento: 63114247	Prontuário: 17548005
Convênio: PREFEITURA JUAZEIRO	Posto: POSTO 1A - HGPC	Leito: C-1001/2	
Profissional(is): PRISCILLA GABRIELLA ALEIXO COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 304828 [1] Nº: 46239586 30/10/2019 às 14:34			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

CLIENTE DEU ENTRADA PARA TTO CIRURGICO DE CLAVICULA ESQUERDA, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMVIENTE, CORADO, ATIVO, COOPERATIVO, EM DIETA ZERO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. AS 10:15 CLIENTE ENCAMINHADO AO S.O. AS 12:20 RETORNOU DO S.O. ENCAMINHADO AO LEITO, SEM INTERCORRENCIAS. 14:30 CLIENTE EVOLUI BEM AO P.O. SEM QUEIXAS.

[1]

ALERGIAS

Alergias

NÃO

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Não

[1]



Priscilla Gabriella Aleixo Costa
Enfermeiro(a)
COREN 304828

Dr. Carlos Vinicius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE: 12627



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

atendimento@hcfc.com.br

Fone: (88) 2101.3150 (88) 9 9332.4489

Av. Padre Cicero, Km 02, S/N, Triângulo

Juazeiro do Norte - CE | CEP: 63041-145

Nome: Erison V. de Souza Oliveira

Quarto: _____

RG: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	EVOLUÇÃO MÉDICA
30 10 19	① Diet. brn ② SF 500 ml: 3x 1ml ③ Clonidine L 2x 12/12 ④ Difeno + An 2x 6/6 ⑤ Trans 100mg 100mg 2x 6/6 ⑥ SSW		Pi N PO mod Dr. Cássio Murilo da Silva Ortopedia e Traumatologia CRM 6002
	Dr. Cássio Murilo da Silva Ortopedia e Traumatologia CRM 6002		H.C.F.C. M. Costa
			Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima Médico CRM-CE-12627



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CA

Paciente: Erivon Vidal dos S. Oliveira Convênio: 14.11.11

Cirurgia: Procurado por clavicula E Data: 30.10

Anestesia: Início: 10:45 Hs Fim: 11:45 Hs Médico: E. Murilo

Material		Taxa de Sala		Sol./Medicam / Anestésicos	
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial		Adrenalina	AMP
Álcool 70%	ML	Porte 1 - Até 01 hora		Água Destilada 10ml	AMP
Aguilha Desc. 13x4,5	UN	Porte 2 - Até 02 horas		Água Destilada 1000ml	TB
Aguilha Desc. 25x07	UN	Porte 3 - Até 03 horas		Água Oxigenada	ML
Aguilha Desc. 30x08	UN	Porte 4 - Até 04 horas		Álcool Iodado	ML
Aguilha Desc. 40x12	UN	Porte 5 - Até 05 horas		Aminofilina	AMP
Aguilha Peridural 180G	UN			Aramim	AMP
Aguilha Raqui 26 e 27	UN	Fios Sutura		Atropina 0,25mg	AMP
Aguilha Stimuplex	UN	Aciflex N°	UN	Elcarbonato de Sódio	AMP
Atraucilp	UN	Ethibond N°	UN	Brevibloc	AMP
Azul Metileno	UN	Monocryl N°	UN	Clonidin 150mcg	AMP
Atadura de Crepon	UN	Monocryl N°	UN	Decadron 4mg (Dexametasona)	AMP
Bolsa de algodão	UN	Monocryl N°	UN	Difenidrin	AMP
Band-Aid	UN	Mononylon N°	UN	Dimorf 0,2 e 1mg	AMP
Cânula Endotraqueal	UN	Mononylon N°	UN	Dofosai 100mg	AMP
Cateter Jetco	UN	Mononylon N°	UN	Domonid 16mg	AMP
Cateter Oxigênio	UN	Policot N°	UN	Droperidol	AMP
Clamp Umbilical	UN	Prolene N°	UN	Efedrina 60mg	AMP
Coletor Urina Fechado	UN	Prolene N°	UN	Efortil 10mg	AMP
Compressa Grande	UN	Sertix Catgut Crizado N°	UN	Esmeron 10mg/ml	AMP
Cotonete	UN	Sertix Catgut Simples N°	UN	Éter	AMP
Capa pl Video	UN	Vicryl N°	UN	Fenergan	AMP
Dreno Penrose	UN	Vicryl N°	UN	Fentanest	FA
Dreno Torax Bloklit	UN			Fraxiparina 0,3 ou 0,6	AMP
Eletrodos ECG	UN			Glicose 25% ou 50%	AMP
Equipo Artroscopia	UN	Equipamentos / Gases		Glutaron	MI
Equipo Sangue	UN	Ar Comprimido	Hr	Haemmacel	TB
Equipo Soro	UN	Bisturi Elétrico	UN	Heparina 6000/1ml	AMP
Esparadrapo	UN	Bomba Infusão	UN	Hidrocortisona	FA
Escova PVPI	UN	Capnografia	UN	Hypaque 60%	FA
Faixa Smarch	UN	Desfibrilador/Cardioversor	UN	Inoval	AMP
Formol líquido	ml	Fotografia	UN	Isoflurano	FR
Gaze Alcochoada	UN	Intensificador Imagens	UN	Kanakion	AMP
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN	Monitor Multiparamétrico	HR	Ketalar 50mg/ml	FA
Gaze Vaselineada	UN	Oxigênio	HR	Lanexat 0,5mg	AMP
Gel Condutor	Gr	Oxido Nitroso	HR	Lasix 40mg (Furosemida)	AMP
Gorro desc.	UN	Aspirador	HR	Methergin	AMP
Hemodreno N°	UN	Aparelho de vídeo		Nalorfina	AMP
Intracath	UN			Narcan 0,4mg	AMP
Irrigafix	UN			Naropin	AMP
Lâmina Bisturi	UN	Antibiótico		Nausedron 4mg	AMP
Luvas Cirúrgicas	UN	Cefazolina 1g	FA	Neocaina CV 0,5%	AMP
Luvas de procedimento	UN	Cipro 200 IV	FA	Neocaina Pesada 0,5%	AMP
Máscara desc.	UN	Flagyl 0,5g IV (Metronidazol)	FA	Neocaina SV 0,5%	AMP
Micropore	UN	Garamicina 60mg	AMP	Novabupri CV 0,5%	AMP
Povidine	UN	Keflin 1g (Cefalosina)	FA	Novabupri SV 0,5%	AMP
Propés desc.	UN			Novabupri 0,75 CV	AMP
Prestorbarba	UN			Novabupri 0,75 SV	AMP
Scalp n°	UN	Equipe		Novalgina 600mg/ml (Dipirona)	AMP
Seringas desc. 03 ml	UN	01 - Cirurgião: <u>E. Murilo</u>		Nubain 10mg	AMP
Seringas desc. 05 ml	UN	02 - Auxílio I:		Óleo de Canola	MI
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxílio II:		Omeprazol 40mg	FA
Seringas desc. 20 ml	UN	05 - Instrumentador: <u>Fabiano</u>		Prastina	AMP
Seringas desc. 60 ml	UN	06 - Anestesiologista: <u>E. Alexandre</u>		Paralun	AMP
Seringa Peridural - Perifix	UN	07 - Pediatra:		Pavulon	AMP
Sonda Foley 2V N°	UN	08 - Circulante: <u>Edsonis</u>		Plasil 10mg	AMP
Sonda Foley 3V N°	UN			Propofol 2% e 2%	AMP
Sonda Nasogástrica	UN			Prostigmine 0,5mg	AMP
Sonda Uretral N°	UN			Quelecin 100mg	AMP
Tornela 3V	UN			Sevoflurano	FR
Transofix	UN				
Tala Gessada MS					
Tala Gessada MI					

Órtese / Prótese

Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima
Médico

CRM-CE: 12627



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: ERIVAN VITAL DOS SANTOS OLIVEIRA

Nº do Registro:

Idade: 65

Data: 30/10/19

Convênio: PRFN

Leito:

Cirurgião: CESSIO MURILLO

Anestesista: CARLOS ALEXANDRE

Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:

		10	15	30	45	10:45	15	30	45	12	15	30	45	13	15	30	45	14	15	30	
AGENTES	N2O																				
	O2																				
Líquidos Venosos																					
PA V	°C	240																			
PULSO	°	38																			
ANES X		36																			
OP. O		34																			
TEMP.		32																			
ASPIR. A		30																			
RESP. O		30																			
Expon.																					
Assist.																					
Contra.																					
SÍMBOLOS																					

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <u>Propofol</u>	<u>200mg</u>	<u>Sedação + Bloqueio</u>	
B. <u>Lidocaína</u>	<u>300mg</u>		
C. <u>Diprivan</u>	<u>2g</u>		
D. <u>Cefazolina</u>	<u>2g</u>		
E. <u>Fentanyl</u>	<u>90mg</u>		
F. <u>Propofol</u>	<u>40mg</u>		
G. <u>Nebulon</u>	<u>5mg</u>		
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/CROTRAQUEAL - CEGA BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA TEMPO DE ANESTESIA	
<u>SC 0.9%</u> <u>1</u>			
<u>SC L</u> <u>1</u>			
TOTAL			
OPERAÇÃO <u>Fratura clavícula esquerda</u>			Laringo - Espasmo - Excesso Secre. Depressão Respiratória - Hipóxia "BUCKING" - Vômito
ANESTESISTA <u>Dr. Carlos Alexandre L. Linhares</u> Anestesiologista CRM-CE 12210 CRMPE 10183		CIRURGIÃO <u>CESSIO MURILLO</u>	PERDA SANGÜÍNEA <u>Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima</u> Médico CRM-CE: 12627



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

BOLETIM DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Paciente: Erison Vad do Santo Oliver

Convênio:

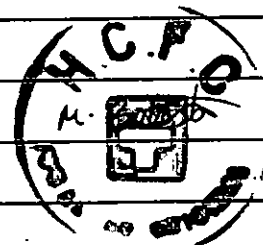
REG. Nº

DIAGNÓSTICOS:

frat. cibrículo (C)

CIRURGIAS REALIZADAS:

frat. cibrículo



CÓDIGO AMB:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- Paciente em decúbito dorsal
- Exame e exame
- Anestesia local
- Anestesia da fratura cibrículo (C)
- Dissecção por plano e hemostase
- Redução da fratura e redução de 3,5 mm
- Sutura por plano
- Curativo e fixação

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6002

CIRURGIÃO

Dr. Carlos Vinícius de Pinho Lima
Médico
CRM-CE 12627

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

Endereço: RUA TRISTÃO SCHENCK, S.N
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail: ...

CNPJ: 19.010.000/0001-01
Telefone: (88) 3336-1111

Ficha de Atendimento

Data: 08/10/2019
Hora: 10:48

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 187947 ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

Responsável: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

Mãe: SEVERINA VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço: RUA PE CICERO, 42, VALENÇA - CARIRIACUICE

Sexo: M. Nasc: 17/06/1974

Idade: 45

Telefone: (88) 99141-3357 Celular: (88)

CEP: 63.010-000 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Matrícula: 704800578427540

Doc. Identidade: 357378799

Guia:

Autorização

Trabalho:

Validade da Carteira

Último Pagto:

Convênio

Convênio: SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

PCTE COM QUEIXA DE TRAUMA, QUEDA DE MOTO, EVOLUINDO COM DORES NOS OMBROS, MAIS A ESQUERDA, ALÉM DE DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO

Observação

Exame Físico

BEG, EUPNEICO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, NORMOCORADO, CONSCIENTE, ORIENTADO
ORO: SEM HIPEREMIA, SEM HIPERTROFIA OU PLACAS CASEOSAS
MV+ EM AHT, SEM RA | RCR EM 2T, BNF. SEM SA
EXTREMIDADES SEM EDEMAS OU VARIZES
APARENTE DEFORMAÇÃO DA TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Classificação de Risco

Queixa: ACIDENTE DE MOTO ONTEM SIC, REFERE DOR INTENSA E APRESENTA EDEMA EM OMBRO ESQUERDO

Conclusão Diagnóstica

CID-10 R520

HD: TRAUMA

CD: MEDICAÇÃO E SOLICITO RX DE CLAVÍCULA ESQUERDA E OMBRO DIREITO

Evolução/Anotação de Enfermagem

VICTOR TIMBO DE LIMA
CRM: 20655 / CE

Diretor Médico



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

A REC. Saúde

SALA 07

Encaminho o Paciente EXISTENTE VINDO DOS
Santos M. TROT. corpo de 16 de idade

Idade: 59

DR. MARCEL PITA
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 10671 TEOT 12915

16/10/18

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

criminosidade dos serviços oferecidos

ao serviço em ocorrência

sem 4 minutos e 45 segundos
presença. Processos envolvidos e
contorno no espionagem

Conto,

Victor T. Lima
CREM 20.000.000

08.10.2014



Rua Capitão Domingos, s/n. Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63030-220





ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Juazeiro Do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

A Secretaria de Saúde,

Encaminha o paciente
para tratamento cirúrgico
de Fratura da clavícula E.

Item = 53

18
10
18
Cirurgia - Mar com - para
dia 25/10/18 a tarde.

18/10/19

Dr. Narcizo Flores
Ortopedia e Traumatologia
CRM = 7304 / TBO = 7331



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Erivon Vitor da S. Oliveira

Soluto:

— Retorno de 2721,19

o 7,000

— Ex

Dr. Cássio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6002



ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Erison Vitor da S. Oliveira

flavio médico

Paciente vítima de acidente
de trânsito, (SIC), sofreu fratura
em clavícula (E). Foi tratado
cirurgicamente e posto a pontos

131119

Dr. Cássio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6002

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N

Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE

E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46

Telefone: (088) 2156-2188

Ficha de Atendimento

Data: 08/10/2019

Hora: 10:48

Data de Saída:

Hora de Saída:

Paciente

Nome: 187947 ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

Responsável: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

Mãe: SEVERINA VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço: RUA PE CICERO, 42, VALENÇA - CARIRIACU/CE

Sexo: M Nasc: 17/06/1974

Idade: 45

Telefone: (88) 98141-3567 Celular: (88) -

CEP: 63.010-000 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 704800578427540

Doc. Identidade: 357378799

Guia:

Autorização

Trabalho:

Validade da Carteira

Último Pagto:

Convênio

Convênio: SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

PCTE COM QUEIXA DE TRAUMA, QUEDA DE MOTO, EVOLUINDO COM DORES NOS OMBROS, MAIS A ESQUERDA, ALÉM DE DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO

Observação

Exame Físico

BEG, EUPNEICO, ANICTERICO, ACIANOTICO, HIDRATADO, NORMOCORADO, CONSCIENTE, ORIENTADO
 ORO: SEM HIPEREMIA, SEM HIPERTROFIA OU PLACAS CASEOSAS
 MV+ EM AHT, SEM RA | RCR EM 2T, BNF, SEM SA
 EXTREMIDADES SEM EDEMAS OU VARIZES
 APARENTE DEFORMAÇÃO DA TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Classificação de Risco

Queixa.: ACIDENTE DE MOTO ONTEM SIC, REFERE DOR INTENSA E APRESENTA EDEMA EM OMBRO ESQUERDO

Conclusão Diagnóstica

CID-10 R520

HD: TRAUMA

CD: MEDICAÇÃO E SOLICITO RX DE CLAVÍCULA ESQUERDA E OMBRO DIREITO

Evolução/Anotação de Enfermagem

VICTOR TIMBO DE LIMA
 CRM: 20655 / CE

Diretor Médico

UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
e-mail...

CNEJ:19.622.700/0001-46
Telephone: (08) 82156-2188



624213
Atendimento



202478
Prescrição

Prescrição Médica

[illegible]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADIAS		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1409324162 PROIBIDO PLASTIFICAR 1409324162							
NOBRE ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA DOC. IDENTIDADE / OBR. LIMBOF. W 357378799 SSP SP							
				CP 729.484.853-04 DATA NASCIMENTO 17/06/1974			
FUNÇÃO JOSE ROBERTO DE OLIVEIRA SEVERINA VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA							
PERMISSÃO ACC CELULA A5				1º REGISTRO 05596237363			
VALIDADE 29/07/2021				1º REGISTRO 18/09/2012			
OBSERVAÇÕES CEAR: Erivan Vidal dos Santos Oliveira							
ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 10/01/2017							
ASSINATURA DO EMISSOR 75886601907 CE154713724				CEARÁ			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015039249814
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 595930336 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCISCO WELINGTON SILVA
JUAZEIRO DO NORTE /CE

CPF / CNPJ 57447977349 PLACA ORQ7556/CE

PLACA ANT / UF *****/CE CHASSI 9C2JC4110ER403768

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO ABILIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 PAN KS ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL 2P/00V/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

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

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 04/07/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE DATA 14/07/2019

Assinatura do Detran-CE

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

CE Nº 015039249814 BILHETE DE SEGURO DPVAT

57447977349 ORQ7556 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

CAC DPVAT 0200 022 1204

15039249814 16358484300

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 14/07/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 57447977349 PLACA ORQ7556

RENAVAM 595930336 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 PAN KS

ANO FAB. 2013 CAT. 09 Nº CHASSI 9C2JC4110ER403768

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL SEM FNS E IOF (R\$) 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 04/07/2019

SEQUESTRADA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.243.606/0001-04

CHASSI: JC41R1E403768

015039249814

RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE

ASSINATURA



ORQ7556
CDD. RENAVAM
595930336

237062/34

DUT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040937/20

Vítima: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 729.484.853-04

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 08/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERIVAN VIDAL DOS
SANTOS OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA : 729.484.853-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 729.484.853-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 08-10-2019 CPF DA VÍTIMA 729.484.853-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DO LIMOEIRO
 Nº 01031 COMPLEMENTO CASA BAIRRO FRANCISCANO
 CIDADE JUAZEIRO DO NORTE UF CE CEP 63010-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (88) 98890712

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

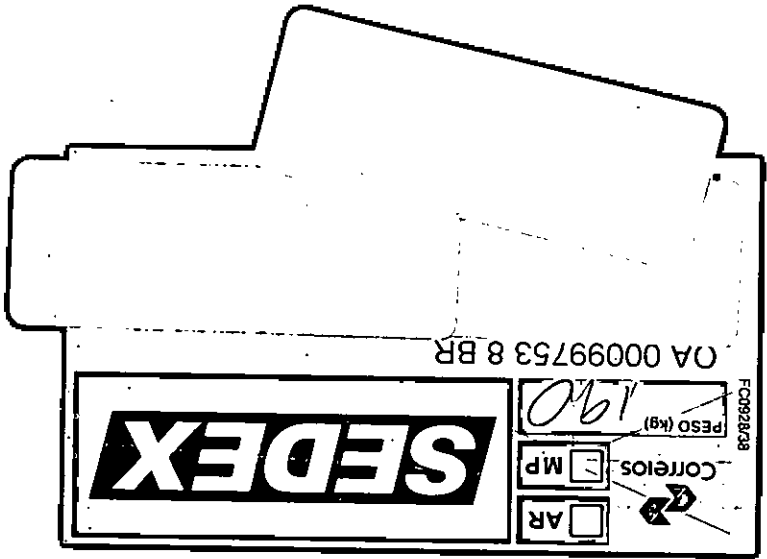
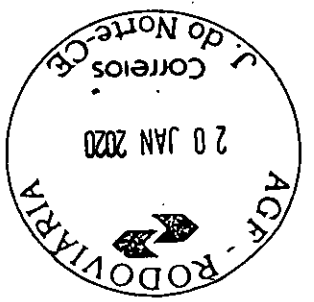
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14-01-2020
 IDENTIDADE 357378999
 ASSINATURA Erivan Vidal dos Santos Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

SECRETARIA LITERÁRIA DOS CONSUMIDORES DO SEGURO DPVAT
 Rua Senador Dantas, 24, 15º andar
 Centro, Rio de Janeiro
 CEP 20038-205



REMEMBRANCE:
ERIAN VIDE DOS SANTOS OUREIRO
RUA: DO LIMPIO, 103A,
FRANCO, JACQUES DO NORTE DE
CEP 63020-070

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200049204 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P20)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

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 OMBRO ESQUERDO.

**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 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: 3200049204 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P20)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

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 OMBRO ESQUERDO.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040937/20

Vítima: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 729.484.853-04

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 08/10/2019

Titular do CPF: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA : 729.484.853-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 729.484.853-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200049204

Vítima: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIVAN VIDAL DOS SANTOS 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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200049204

Vítima: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

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 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: **ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000032**

Conta: **00000126667-1**

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

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

729.484.893-04

ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

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):

ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

729.484.893-04

RECUSOU-SE

RUA DO LEMOBIRO

4031

CASA

FRANCISIANO

TUATETRO DO NORTE

CE

63010-000

08198807092

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0032

CONTA: 126667

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 6.194/74), 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 6.194/74.

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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

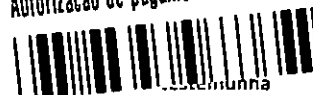
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Autorização de pagamento



39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, J. DO NORTE - CE 14-01-2019

Erivan Vidal dos Santos Oliveira

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 JUAZEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019884016

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 14419 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/12/2019 09:13:28**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2019 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR QUE LIGA J. DO NORTE AO AMARO COELHO - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA**
Nascimento: **17/06/1974** CPF: **729.484.853-04**
RG: **357378799** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **SEVERINA VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA**
JOSE ROBERTO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA DO LIMOEIRO, 1031**
Bairro: **FRANCISCANOS**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8141-3567**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORQ7556** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4110ER403768** Renavam: **595930336** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO WELINGTON SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima indicados, sofreu um acidente em razão de ter perdido o controle do veículo, sofrendo fratura na clavícula do ombro esquerdo; A própria dirigiu-se para a UPA de Juazeiro do Norte/CE, e em seguida para o Hospital de Fraturas do Cariri, também nesta urbe, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Erivan Vidal - S. Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÍCERA DE JESUS SANTOS ARAUJO - MAT.: 198445-1-X

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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: 12/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVAN VIDAL DOS SANTOS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000126667-1

Nr. da Autenticação A85D0F30AA20592A

