
Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190480137

Vítima: ANA PAULA DE SOUSA MENDES

Data do Acidente: 23/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA DE SOUSA MENDES

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, 25 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190480137

Vítima: ANA PAULA DE SOUSA MENDES

Data do Acidente: 23/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA DE SOUSA MENDES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ANA PAULA DE SOUSA MENDES**

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

Banco: **237**

Agência: **00000452-9**

Conta: **00000430042-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480137

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA PAULA DE SOUSA MENDES

Data do acidente: 23/09/2016

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PG 6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 020.650.213-30 4 - Nome completo da vítima: Ana Paula de Sousa Mendes

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

5 - Nome completo: Ana Paula de Sousa Mendes 6 - CPF: 020.650.213-30
 7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Jurupari 9 - Número: 1122 10 - Complemento: BL 02 APC
 11 - Bairro: Parque Petróleo 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61650-010
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 98537-6041

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
 17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPOANÇA (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: Bradesco
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGÊNCIA: 0452 CONTA: 04300424
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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.

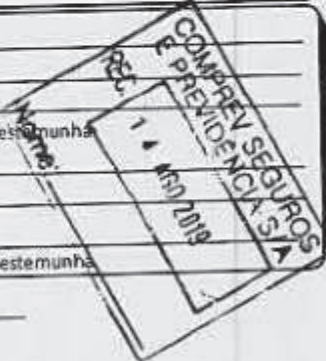
MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
 23 - Estado civil de vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data ou local do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 25 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____
 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____
 40 - Local e Data: Fortaleza em 14-03-2019
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ana Paula de Sousa Mendes
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 7894 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/11/2016 16:27:56**
Data / Hora da Ocorrência: **23/09/2016 07:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BEZERRA DE MENEZES**
Complemento:
Bairro: **SAO GERARDO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA PAULA DE SOUSA MENDES**
Nascimento: **17/02/1987** CPF: **020.650.213-30**
RG: **2001010093418** Orgão Emissor: **SSPD** UF:
Filiação: **CECILIA DE SOUSA MENDES**
JOSÉ DE FATIMA MENDES
Endereço: **RUA JURUPARI, 1112 BL02 AP 4**
Bairro: **PARQUE POTIRA I** CEP: **61.650-010**
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98834-8306**

Nome: **KARLOS EMILIANO APOLONIO CARVALHO**
Nascimento: **14/12/1989** CPF: **036.901.533-95**
RG: **2521872** Orgão Emissor: **MTPS** UF:
Filiação: **FRANCISCA CELIA APOLONIO CARVALHO**
ANTONIO SEVERIANO DE CARVALHO
Endereço: **RUA JURUPARI, 1112 BL02 AP 4**
Bairro: **PARQUE POTIRA I** CEP:
Município: **CAUCAIA/CE** Nome:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98880-8884**



Dados da(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **ORZ5753** UF: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9CZ2K01650DR315190** Renavam: **545602246** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **KARLOS EMILIANO APOLONIO CARVALHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PVT5848** UF: **BA** Município: **VALENTE** Chassi: **98FZH55L1F8227214** Renavam: **1043133205** Tipo do Veículo: **AUTOMÓVEL** Marca / Modelo: **FORD/KA SE 1.0 HA** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **OSMARIO MOTA BARRETO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA KARLOS EMILIANO APOLONIO CARVALHO TRANSITAVA PILOTANDO A MOTG DE PLACA ORZ-5753/CE E NA GARUPA A VITIMA ANA PAULA DE SOUSA MENDES QUE AS VITIMAS TRANSITAVAM NA FAIXA DA DIREITA QUANDO UM CARRO DE PLACA PVT-5848 QUE TRANSITAVA NA FAIXA DA ESQUERDA MUDOU PARA A FAIXA DA DIREITA

[Handwritten signature]



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 7894 / 2016

COLIDINDO COM AS VITIMAS, CAINDO AS MESMAS NO ASFALTO, FICANDO LESIONADAS SENDO SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL SOS. E NADA MAIS DISSE./////
OBS COMUNICAÇÃO FALSA E CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Francisco Delanio Campelo Almeida
FRANCISCO DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Katlen Faelton Apolinário Cavalcante

VISTO DO DELEGADO(A) :

CESAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

X Ana Paula de Sousa Mendes



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 020.650.213-30 4 - Nome completo da vítima: Ana Paula de Sousa Mendes

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

5 - Nome completo: Ana Paula de Sousa Mendes 6 - CPF: 020.650.213-30
 7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Jurupari 9 - Número: 1122 10 - Complemento: BL 02 APC
 11 - Bairro: Parque Patino 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61650-010
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 98537-6041

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
 17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPOANÇA (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: Bradesco
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGÊNCIA: 0452 CONTA: 04300424
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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.

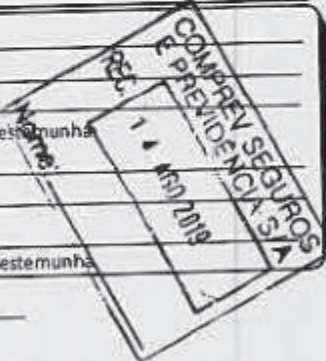
MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
 23 - Estado civil de vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 25 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____
 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____

TESTEMUNHAS



40 - Local e Data: Fortaleza 14-03-2019
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ana Paula de Sousa Mendes
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e a requerimento nº 3515/2016, da Sra. **Ana Paula de Sousa Mendes**, que consta em nossos registros do SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA atendimento ao Sr. **Karlos Emiliano Apolonio Carvalho**, no dia **23/09/2016**, às **07h45min**, na **Avenida Bezerra de Menezes**, no **Bairro São Gerardo**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o **Hospital SOS**.

Fortaleza, 10 de outubro de 2016.

Atenciosamente,



Esther Cunha
Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Rita Lima
Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANA PAULA DE SOUSA MENDES
 End. Leitura: RU JURUPARI, 1122, BL-02 AP-04, PARQUE POTIRA
 Cidade: CAUCAIA
 CEP: 61650-010
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 129 Setor: 077 Quadra: 0054 Lote: 0069 Comp: 0024
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

CONDICIONAIS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Publico: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m ³)	Média Semestral (m ³)
AGUA	R14F379349	272	272	10	4

DATAS

Leitura Atual: 23/07/2019 Emissão: 23/07/2019 Lacre Água: 1465569
 Leitura Anterior: 24/06/2019 Próxima Leitura: 22/08/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	146	146	047	146	146
Analisadas	151	151	151	150	150
Em conformidade	150	151	150	141	150

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 4 m³ | META: 10 m³.

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)
AGUA	28,30	jul/18	4	3
ESGOTO	22,64	ago/18	4	3
		set/18	5	4
		out/18	5	4
		nov/18	5	4
		dez/18	4	3
		jan/19	5	4
		fev/19	5	4
		mar/19	5	4
		abr/19	5	4
		mai/19	6	4
		jun/19	3	2

*Pago
Jun
02/08/19*


TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,48	VALOR DO SERVIÇO	73,98
COFINS	2,43	VALOR DO SUBSÍDIO	23,04
		VALOR TOTAL A PAGAR	50,94

MÊS/ANO

07/2019

VENCIMENTO

12/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

50,94

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: Pag-Factory. Cagece disponibiliza o serviço de depósito em conta de depósito. Não se trata de depósito em nome de Cagece.

Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, sob as Anúncias Reguladoras.

INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO - ASSISTÊNCIA MÉDICO**FICHA DE ATENDIMENTO INTERNAÇÃO**

Data Admissão: 29/09/2016

Nº Prontuário: 411.888

Atendimento: 1.471.735

Paciente

Nome ANA PAULA DE SOUSA MENDES **Idade** 29 Anos
Estado Civil Cônjuge **Sexo** F
Nome Pai Jose de Fatima Mendes **Nome Mãe** Cecilia de Sousa Mendes
Nascimento 17/02/1987 **Identidade** 0709296 **CPF** 02065021330
Endereço Rua Amor Perfeito, 72 Barra do Ceará
Médico Dr. Herculano Soares Sabino Neto (CRM 6508) **Cidade** Fortaleza **Telefone:**

Responsável

Nome Cecilia de Sousa Mendes **Parentesco** Outros **Telefone**
Endereço Rua Amor Perfeito, 72 Barra do Ceará **CEP** 60330490
CPF 48452661304 **Identidade** 94021033321 **Cidade** Fortaleza

Contratado Hospital

Contratado HOSPITAL OTOCLÍNICA LTDA **CNPJ** 23.443.518/0001 **Dir.Técnico** Dr.Iramar
Endereço Avenida Antônio Sales, 990 **Cidade** Fortaleza **Cep** 60.135-100

Acomodação

Setor Posto 1 **Unidade** 106 A **Entrada** 29/09/2016 13:35:43 **Acomodação** Enfermaria

Convênio

Convênio Unimed **Categoria** Enfermaria **Plano** Multiplan **Tipo Atend.** Internado
Nº Carteira 00630020044946430 **Senha** 4218071

Procedimento


- 30713072 - Retirada de enxerto osseo
- 30720095 - Fratura e/ou luxacoes (incluindo descolamento epifisario cotovelo-punho) -
- 30721199 - Fraturas e/ou luxacoes do punho - tratamento cirurgico
- 30721237 - Reparacao ligamentar do carpo
- 60000635 - Diaria de Enfermaria

Observação

1,52 65KG

**História e Exames Clínicos**

Tratei 11 dias de dor
e inoperável para ser
ponto hum H




INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO - ASSISTÊNCIA MÉDICO



FICHA DE ATENDIMENTO INTERNAÇÃO



Data Admissão: 29/09/2016

Nº Prontuário: 411.888

Atendimento: 1.471.735

O paciente e/ou seu responsável acima identificado e com assinatura *in fine*, contratam, pelo presente, a prestação de serviços médico-hospitalares do Hospital OTOclínica LTDA, nos termos abaixo especificados:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O hospital prestará atendimento médico-hospitalar ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos, indicados pelo médico assistente, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, administrar medicamentos e proceder, enfim, a todos os atos necessários ao perfeito atendimento do paciente.

CLÁUSULA SEGUNDA - QUANTO AO PRAZO

O contrato entrará em vigor com a assinatura do presente instrumento e se extinguirá com a quitação das obrigações determinadas para o objeto, ou seja, a quitação financeira pelo particular ou pela operadora/seguradora de saúde.

CLÁUSULA TERCEIRA - QUANTO A REMUNERAÇÃO

O pagamento pelos serviços prestados, bem como materiais, medicamentos, honorários profissionais, taxas (salas, equipamentos e manipulação de materiais), utilizados no procedimento médico e despesas extraordinárias contraídas por acompanhantes (telefones, frigobar, refeição, etc.), são de inteira responsabilidade do CONTRATANTE e/ou Representante Legal, na qualidade de devedores solidários, nos termos do art. 264 do Código Civil Brasileiro.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O paciente, beneficiário de seguradora ou operadora de saúde, declara ter recebido da sua respectiva operadora, documentação hábil (contrato de prestação de serviços) onde consta a abrangência da cobertura oferecida pela referida empresa, bem como as limitações e garantias constantes do contrato. Assim, o paciente fica ciente de que, o simples fornecimento de guia/senha de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O hospital não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre o paciente e a seguradora/operadora de saúde e, havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, o hospital se reserva no direito de cobrar os valores devidos diretamente do paciente e/ou responsável, por sua tabela própria, a qual encontra-se à disposição para consulta na Recepção Admissão.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O paciente e seu responsável declaram-se integralmente responsáveis e, em caráter solidário, pelo pagamento dos serviços prestados pelo hospital, que, por quaisquer motivos, não forem pagos pela seguradora/operadora de saúde e, sobre todo e qualquer atraso pagamento pelo paciente e/ou seu responsável incidirá juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de atualização pelo IGP-M da Fundação Getúlio Vargas até a data da efetiva quitação, na forma da legislação em vigor.

PARÁGRAFO QUARTO - Fica desde já autorizada, em caso de não cumprimento das obrigações ora assumida, a emissão de título de cobrança (duplicatas), encaminhamento de boleto para pagamento, bem como, no caso de não cumprimento dos mesmos, lançar o nome do CONTRATANTE no cadastro de inadimplentes.

PARÁGRAFO QUINTO - Caso ocorra o óbito de um dos devedores solidários, esse deixando herdeiros, cada um dos referidos herdeiros será obrigado a pagar a quota que corresponder ao seu quinhão hereditário e todos os herdeiros reunidos serão considerados como um devedor solidário em relação ao *de cuius*.

CLAUSULA QUARTA - QUANTO A RESPONSABILIDADE

O CONTRATANTE tem pleno conhecimento da existência de outros hospitais que prestam serviços similares, sendo de livre e espontânea vontade, a escolha deste hospital, pelo que autoriza o mesmo a realizar todo e qualquer procedimento médico que se torne necessário para esclarecimento diagnóstico e terapêutico, realizado pela equipe médica determinante; inclusive ato operatório e exames complementares invasivos.

CLAUSULA QUINTA - QUANTO AS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

É obrigação do CONTRATADO, realizar o serviço indicado pelo médico responsável pelo paciente, fornecendo: as instalações, equipamentos, materiais, medicamentos, alimentação e pessoal capacitado para o fim desejado, bem como informar ao paciente, ou representante, o seu estado clínico, risco, benefícios e alternativa quanto ao procedimento que será realizado, como também informar e dar acesso as contas referentes as despesas de seu tratamento e o mais envolvendo sua permanência no Hospital, assim como informar ao CONTRATANTE quais despesas não foram autorizadas ou não foram pagas pelo plano ou seguradora de saúde indicado.

CLAUSULA SEXTA - QUANTO AS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

É obrigação do CONTRATANTE, se responsabilizar pelo pagamento das despesas hospitalares não deixando as dependências do hospital sem a regular quitação dos débitos em seu nome, respeitar as normas contidas no regulamento interno e as regras para internação que lhes foram entregues, cooperar com o diagnóstico e tratamento informado de forma adequada e confiável sobre internações anteriores, medicamentos ou drogas ilícitas, informar o uso de outro medicamento, colaborar com a saúde dos outros pacientes, auxiliar no controle de ruídos, fumo e no número de visitas, não se ausentar do leito ou do hospital sem expressa autorização médica, respeitar os profissionais de saúde seguindo as orientações recomendadas.

CLAUSULA SÉTIMA - QUANTO A CONFIDENCIALIDADE

Havendo necessidade do fornecimento de prontuário ou qualquer outro documento referente ao atendimento prestado ao paciente, será necessário o preenchimento de solicitação específica, à disposição em nossa Recepção de Admissão. Esta será atendida, mediante autorização expressa do paciente ou de seu representante legalmente constituído, no caso de ausência, em conformidade com o preconizado no Código de Ética Médica.

CLAUSULA OITAVA - FORO

Este termo tem a eficácia de um título executivo, desde que acompanhado das notas discriminativas dos serviços prestados, de acordo com o art. 585, II do Código de Processo Civil Brasileiro. Surgindo litígio ou controvérsia relativa a qualquer matéria tratada neste contrato, as partes se comprometem a, antes de ingressarem com ação judicial, emvidarem esforços no sentido de solucionar amigavelmente a pendência, estando permitidos quaisquer acordos de vontade que visem por fim à desavença surgida. No caso de não haver solução amigável, sendo necessária a intervenção judicial, as partes elegem para dirimir todas e quaisquer questões, inerentes ao presente instrumento contratual, o foro da Comarca de Fortaleza, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza os efeitos legais, nas presenças das testemunhas abaixo assinadas.

29 de setembro de 2016

Anna Araceli de Sousa Mendes
CONTRATANTE

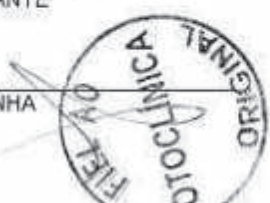
ALAN LIMA
CONTRATADO - Hospital OTOclínica LTDA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

NOME:
CPF:

NOME:
CPF:



Paciente: ANA BRUNO DE SOUZA MONTES Idade: 29 Leito: 106

DADOS TRANSOPERATÓRIOS

Data 29.09.2016 hora: 12:00 Observações: ANESTESIA GERAL NO CI PRE-FALE-
DIMONIO CIRCULAR DE FALCÃO DE PUNHO E

Enfermagem: [assinatura]
ASS. Nº COREN

Exames recebidos: [] ECG [x] Laboratoriais [x] Rx [] TC [] US []

Medicação pré-anestésica: S [] N [] Qual: _____

Retirada de:

[x] Adornos (aliança, pulseira, outros): _____

[] Esmalte [x] Peça íntima [] Próteses (dentária, auditiva, ocular): _____

icotomia: S [] N [] Área: _____

Posição do paciente: Dorsal [x] Ventral [] Lateral [] Ginecológica [] Outra: _____

Equipe Cirúrgica: HERCULANO + CASARINO

Cirurgia realizada: FRETIÇÃO DE PUNHO I. 16:00 T. 17:00

Anestesista: LIBERTI Tipo de anestesia: PREVISO GERAL



SOLUÇÕES ANTISSÉPTICAS <input type="checkbox"/> P.V.P.I. - Tópico <input type="checkbox"/> P.V.P.I. - Degermante <input type="checkbox"/> P.V.P.I. - Tintura <input checked="" type="checkbox"/> Cloroheixidina <u>0,05% + ALCOOL</u> <input type="checkbox"/> Outros _____	LOCALIZAÇÃO DE: <input checked="" type="checkbox"/> eletrodos <input type="checkbox"/> incisão cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> drenos <input type="checkbox"/> placa de bisturi <input checked="" type="checkbox"/> coxim <input checked="" type="checkbox"/> oxímetro * punção venosa	
---	---	--

Medicações utilizadas / horário: KETROLOL + PREFOVIA + CIPRE 200mg

Peça cirúrgica / corpo estranho _____ Destino: biopsia [] laboratório [] Outros _____

Exames durante o transoperatório: RX [x] INTENSIFLEX ECG [] Laboratorial [] US []

Realizado contagem das compressas: SIM [x] NÃO []

Instrumentador(a): ALDO CARVALHO Circulante: WIS LAZCO SO 02

Observações: CONCESSIONÁRIO CIRCULAR SEM INTERFERÊNCIA
EVIDENCIANDO PARA SE SOB ATENÇÃO ANESTÉSICA

Enfermagem: [assinatura]
ASS. Nº COREN

Paciente encaminhado para: [x] SRPA [] UTI [] POSTO [] OUTRA INSTITUIÇÃO

COM: [] TAMPÃO _____ [] TUBO ENDOTRAQUEAL _____

[] DRENO _____ [] SONDA VESICAL _____ ml

[] SONDA NASOGÁSTRICA _____ [x] CURATIVO - TIPO VALA GELADA

[] CATETER VENOSO PERIFÉRICO _____ [] CATETER VENOSO CENTRAL _____

[] TRAQUEOSTOMIA _____



Nome: Ana Paula Sousa Mendes

PREScrição MÉDICA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>- ppt de protome de punho, sob sedação + bloq. do plexo.</p> <p>- Excluído st alérgico</p> <p>- Col. alta de S. S. S. S.</p> <p>Dr. Samuel Luciano Guerra Almeida MÉDICO ANESTESIOLOGISTA CRM 10045</p>	<p>17:00 - Pac. f. admitida na SRPA em POI de fratura de punho, sob anestesia sedação + bloq. plexo. Apresenta-se consciente, orientada, com CVP em M50 p/ HV em cur. s.d. segue aquecida e sob cuidados de enfermagem. AC. Karliu</p> <p>Alter. de enfermagem às 18:10.</p> <p>Almir Santos Enfermeiro COREN 322 208</p>

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
REC. 1 - AGO 2019

SINAIS VITAIS	Hora	Temp.	Pulso	Resp.	SO ₂	P.A	PAM	DDR	GANHOS			
									HORA	SOLUÇÃO	QUANT.	TOTAL
	17:00	35,5°C	90	18	94%	126x80	-	-				
	17:15	36°C	92	18	93%	125x82	-	-				
	17:30	36°C	92	18	93%	126x80	-	-				
	17:45	36°C	92	18	93%	126x80	-	-				
	18:10	36°C	92	20	93%	126x80	-	-				

BALANÇO HÍDRICO	AVALIAÇÃO DA DOR			
	LEVE	MODERADA	INTENSA	
	0 1 2	3 4 5 6 7	8 9 10	() () ()

PERDAS	HORA	SVD	SNG	DRENOS	TOTAL

Assinatura: Sonia 004.066.507

PREScrição DE ENFERMAGEM

Instalar: Manta térmica Anti-trombolítico Mecânico

Manter: Meias elásticas MMII Elevados Cabeceira em 30° Tredelburg

Aplicar: Compressa de gelo em: Compressa de gelo em:

Iniciar: Soro de Prescrição médica Controle de irrigação contínua

Avaliar: Aspecto do curativo e região Asfixação de punção venosa Náuseas e vômitos
 Perfusão periférica de: Retenção urinária Aspectos e volume de SVD

Controlar: Débito, aspecto e volume do dreno Sinais vitais de 15 x 15 (ns) min

Enfermeira (Assinatura e Carimbo)
 Ar. Luciana Lina
 COREN 31204

USO DE EQUIPAMENTOS E GASES MEDICINAIS

MONITOR		SUPORTE VENTILATÓRIO		OXIGÊNIO	
Lig.: <u>17:00</u>	Desl.: <u>18:10</u>	Lig.: _____	Desl.: _____	Lig.: _____	Desl.: _____
Contínuo		Contínuo		Contínuo	
OXIMETRO		Lig.: _____	Desl.: _____	Lig.: _____	Desl.: _____
Lig.: <u>17:00</u>	Desl.: <u>18:10</u>	Lig.: _____	Desl.: _____	Lig.: _____	Desl.: _____



18/2

Capacidade para respirar fundo e tossir	= 2	Atividade Motora	2			2
Dispneia ou respiração limitada	= 1					
Apnéia	= 0					
Capacidade para movimentar 4 membros espontaneamente ou pedido	= 2	Respiração	2			2
Capacidade para movimentar 2 membros espontaneamente ou pedido	= 1					
Capacidade para movimentar 0 membros espontaneamente ou pedido	= 0					
PA \pm 20% do nível pré-anestésico	= 2	Circulação	2			2
PA \pm 20% - 50%	= 1					
PA \pm 50%	= 0					
Totalmente acordado	= 2	Consciência	2			2
Dormindo mas despertável quando estimulado	= 1					
Dormindo não despertável quando estimulado	= 0					
Rosado	= 2	Coloração	2			2
Pálido, escuro, letérico, outros	= 1					
Cianótico	= 0					

PARÂMETROS A SEREM AVALIADOS		Admissão	Alta	
AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO E ALTA	Acessos	<input type="checkbox"/> Venoso <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Arterial Local: _____		
	Comportamentos	(C) Calmo (AG) Agitado (AR) Agressivo		
	Sistema Respiratório	Via aérea: (P) Pérvea (G) Cânula de guedel		
		Exp. Torácica: (S) Sincrônico (A) Assincrônico		
		Retração Muscular		
	Sistema Cardiovascular	Ritmo Sinusal		
		(B) Bradicardia (T) Taquicardia		
	Sistema Digestório	Náuseas e vômitos (A) Ausentes (P) Presentes		
		Apenas náuseas presentes		
		Abdome: (P) Plano (G) Globoso (F) Flácido (D) Distendido (DL) Doloroso (I) Indolor		
Sistema Renal	Diurese: (A) Ausente (E) Espontâneo (R) Retenção (I) Incontinência			
	SVD ou SVA			
Sistema Tegumentar	(H) Hidratado (DH) Desidratado			
	(C) Corado (HC) Hipocorado			
	(I) Ictérico (F) Friável (E) Edemaciado			
	Lesão cutânea: (S) Sim (N) Não			
Local e aspecto	Descrever:			
Incisão Cirúrgica (curativo)	Limpo			
	Parcialmente embebido em sangue			
	Totalmente embebido em sangue			
Local				
Drenos				

PASSAGEM DE PLANTÃO	Encaminhado para:	Passado plantão para:
	Encaminhado com: <input type="checkbox"/> Meias elásticas <input type="checkbox"/> Anti-trombolítico Mecânico	
	Acessórios respiratórios: <input type="checkbox"/> Acessórios ortopédicos	
	Outros acessórios: <input type="checkbox"/> Bombas <input type="checkbox"/> Infusão <input type="checkbox"/> Outros	
	Exames:	

Alta Médica:	CRM:	Horário: 18:10
Alta Enfermagem:	COREN:	Horário: 18:10
Destino Paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Quarto () UTI () Alta Hospitalar		



Dr. Gabriel Luciano Galvão
MÉDICO ANESTESISTA
CRM 10942

Almir Santos
Enfermeiro
COREN 522208

Convênio: Unimed Plano: Multiplan
Med: Herculano Soares Sabino Neto
Posto 1 - 105 A Sexo: FEMINATOLÓGICO
Dt Nasc: 17/02/1987 (29 anos e 7 meses)
Dt Ent: 29/08/2018 13:38

137258

CIRURGIÃO: Herculano Sabino Neto

1º AUXILIAR: [Handwritten] 2º AUXILIAR: [Handwritten]

ANESTESISTA: [Handwritten] TIPO DE ANESTESIA: [Handwritten]

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Troca de tireoide

TIPO DE OPERAÇÃO: Sub linco do estômago RD

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: [Handwritten]

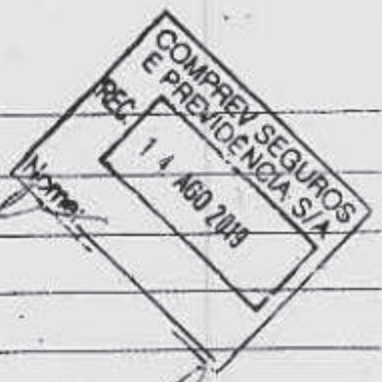
POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO DA CIRURGIA: LIMPA P. CONTAMINADA CONTAMINADA INFECTADO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

[Handwritten text]

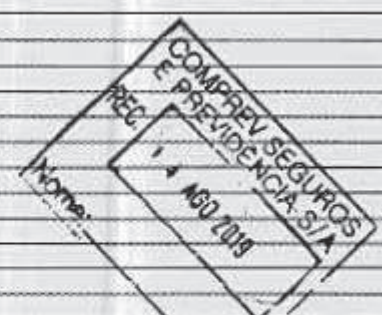
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1) Anestesia + limpeza de pele
- 2) Corte de camadas
- 3) Incisão em forma de U
- 4) Remoção de tecido externo e interno
- 5) Redução de volume do tecido
- 6) Fechamento com pontos
- 7) Curativo e aplicação de antisséptico



ASSINATURA / CARIMBO: Herculano Soares Sabino Neto CRM 65087
ASSINATURA / CARIMBO: [Handwritten]
ASSINATURA / CARIMBO: [Handwritten]

MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE SALA

FIOS CIRÚRGICOS		QTDE.	TAXAS	
ACILEX	UND		TX. ARTROSCOPIO	DE AS
ALGODÃO	UND		TX. BISTURI ELÉTRICO	DE AS
CAPROFYL 0	UND		TX. CRANIOTOMO/TREPANO	DE AS
CAPROFYL 2-0	UND		TX. COLCHÃO TÉRMICO	DE AS
CAT GUT 0	UND		TX. CO ₂	DE AS
CAT GUT 2-0	UND		TX. FACOEMULSIFICADOR	DE AS
CAT GUT 3-0	UND		TX. FIBRA DO LASER	DE AS
CAT GUT 4-0	UND		TX. FIBRA ÓTICA	DE AS
CAT GUT 5-0	UND		TX. FIXADOR HALO CRANIANO	DE AS
ETHIBOND 2	UND		TX. GARROTE PNEUMÁTICO	DE AS
ETHIBOND 5	UND		TX. HISTEROSCOPIO	DE AS
MONOCRYL 0	UND		TX. INTENSIFICADOR DE IMAGEM	DE 16.000 AS 17.000
MONOCRYL 2-0	UND		TX. LASER	DE AS
MONOCRYL 3-0	UND		TX. LIPOASPIRADOR	DE AS
MONOCRYL 4-0	UND		TX. LITOTRIPSOR	DE AS
MONOCRYL 5-0	UND		TX. MOTOR MASTÓIDE	DE AS
MONONYLON OFT Nº	UND		TX. MICROSCOPIO	DE AS
MONONYLON 0	UND		TX. PHLEBO PRESS	DE AS
MONONYLON 2-0	UND		TX. PROBE	DE AS
MONONYLON 3-0	UND		TX. SALA	DE 16.000 AS 17.000
MONONYLON 4-0	UND	01	TX. SALA DE HEMODINÂMICA	DE AS
MONONYLON 5-0	UND		TX. SERRA ELÉTRICA	DE AS
MONONYLON 6-0	UND		TX. TRICOTOMIZADOR	DE AS
POLYCOT	UND		TX. URETERORRENOSCOPIO FLEXÍVEL	DE AS
PROLENE	UND		TX. URETERORRENOSCOPIO RÍGIDO	DE AS
SEDA	UND		TX. UROSCOPIO	DE AS
SEDA OFT Nº	UND		TX. VIDEOCIRURGIA	DE AS
VICRYL 0	UND		TX. VIDEODIAGNÓSTICO	DE AS
VICRYL 2.0 °	UND	01		
VICRYL 3.0 °	UND	01		
VICRYL 4.0	UND		RX DE:	
VICRYL 5.0	UND		TÉCNICO RESPONSÁVEL:	
VICRYL 6.0	UND			
VICRYL 7.0 OFT	UND			
MEDICAÇÃO		QTDE.	<div style="text-align: center;">  <p>ELLO MATERIA O.P.M.E. ELLO</p> <p>PLACA DE QUANTIDADE POR FREQUÊNCIAS - 01</p> <p>PLACA DE USO BIOMATERIAL POR FREQUÊNCIAS - 06</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; font-family: cursive;">[Handwritten Signature]</p> <p style="text-align: center;">Herculano Soares Sabino Neto CRM 6508</p> </div>	
ADRENALINA	AMP			
ÁGUA DESTILADA	FR			
COLÍRIO	ML			
COLÍRIO	ML			
COLÍRIO	ML			
COLÍRIO	ML			
DEPOMEDROL	AMP			
DIPROSPAN	AMP			
DEXAMETASONA	GR			
EPTEZAN POM. OFT.	GR			
ETHAMOLIN	AMP			
GLICOSE	????			
IRUXOL POMADA	GR			
FIBRASE	GR			
FREENAL SOL	ML			
MANITOL ML	UND			
MARCAINA C/V 0,5%	AMP			
MARCAINA S/V 0,5%	AMP			
METILCELULOSE (VISCOAT)	AMP			
NAROPIN	AMP			
POMADA OFTÁLMICA	GR			
RIFOCINA	AMP			
SOAPEX	ML			
SORO 0,9% ML	UND	01		
TELEBRIX	FR			
TRANSAMIN	AMP			
TROFODERMIN	GR			
VASELINA	GR			
XYLOCAÍNA S/A 0,2%	AMP			
XYLOCAÍNA GELEIA	GR			
XYLOCAÍNA G/A 0,2%	AMP			
XYLOCAÍNA SPRAY	ML			
			ASS. / CARIMBO / CRM:	
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS			CONTAGEM DE COMPRESSAS	



UNIMED



UNIMED - FORTALEZA

SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA.
Av. Santos Dumont, 949 - Aldeota
CEP 60150-160 - Tel.: (85) 3255.3500
Fortaleza - CE

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO | <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO |
| <input type="checkbox"/> OUTROS | |

Atend: 1471735 Pront: 411888
Ans Paula de Sousa Mendes

Convênio: Unimed Plano: Multiplan
Méd: Herculano Soares Sabino Neto
Posto 1 - 108 A Sexo: Feminin
Dt Nasc: 17/02/1987 (29 anos e 7 meses)
Dt. Ent.: 29/06/2016 13:38

NOME DO PACIENTE: _____ Nº GICH: _____
 CÓDIGO USUÁRIO: _____ HOSPITAL: OTOCLÍNICA
 DATA INTERNAÇÃO: 29 / 06 / 16 PREVISÃO DE ALTA: _____

JUSTIFICATIVA:

05 TRAQ BLOQUEIOS TENDONOS PERONEOS
06 PARAFUSO BLOQUEIO TENDONOS PERONEOS

Herculano Soares Sabino Neto
CRM 6508

DATA: 29-06-2016

ASS. MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:



DATA:

ASS. MÉDICO AUDITOR

Comunicação de Uso de R.O.P.M.
 Conforme O.S. Nº 203 de 16/08/92 Publicada em 23/08/92 no Diário Oficial da União

Atend: 1471735 Front: 411888
 Ana Paula de Sousa Mendes
 Convênio: Unimed Plano: Multiplan
 Méd: Hercúano Soares Sabino Neto
 Posto 1 - 108 A Sexo: Feminino
 Dt Nasc: 17/02/1987 (28 anos e 7 meses)
 Dt. Ent.: 29/09/2016 13.38

ELLO COM DE MAT MÉDICOS E CIRURG LTDA

AV. SANTOS DUMONT, 1243 - ALDEOTA - FORTALEZA - CE CEP: 60.150-181

Fone/Fax: 35326231/7 / 35326331/26

CNPJ: 03069359/0001-50 CGF: 053615020

No: 5614



Paciente: *Ana Paula de Sousa Mendes* CPF/RG: _____
 Convênio: *Unimed* Agência: _____ Frontuario: _____
 Utilização: *28109116* Procedimento: _____ AIH: _____
 Cirurgião: *Dr. Hercúano Soares Sabino Neto* Cod. do: _____ Instrumentadores: *Flávia*
 Hospital: *Clotmex* CRM: _____ Cirurgante: *Flávia*
 Gerado por: LUIS Fratura: *Unimed* Emissão: 27/07/2016 Hora: 18:11:10

Descrição de Produtos Utilizados

Quantidade	Nº do Lote	Descrição do Material	Cod Unimed
		FIXADOR EXTERNO COLLES ANTEBRACO /PUNHO	7529748
		FIXADOR EXTERNO LINEAR/LINEFIX PI FEMUR DU TIBIA	7529750
		FIXADOR EXTERNO LINEAR/LINEFIX PI UMERU DU RADIO	7529748
		HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA FEMUR /TIBIA	7508438
		PARAF BLOQ PI HASTE INTRAMEDULAR FEMUR /TIBIA	7505268
		PARAFUSO DE COMPRESSAO CANULADO TITANIO	7510258
		PARAFUSO ESPONJOSO	7505288
		PARAFUSO MOLECULAR	7053451
		PLACA BLOQUEADA PI UMERU/CLAVICULA/OLECRANO	7021158
		PARAFUSO BLOQUEADO PI UMERU/CLAVICULA/OLECRANO	7505333
		PLACA BLOQUEADA DE GRANDES FRAGMENTOS	7506181
		PARAFUSO BLOQUEADO GRANDES FRAGMENTOS	7505290
		PLACA BLOQUEADA PI CALCANEU	7506478
		PARAFUSO BLOQUEADO PI CALCANEU	7604184
<i>03</i>		PLACA BLOQUEADA PEQUENOS FRAGMENTOS	7516178
<i>06</i>		PARAFUSO BLOQUEADO PEQUENOS FRAGMENTOS	7090124
		PLACA BLOQUEADA VOLAR - RADIO DISTAL	7504700
		PARAFUSO BLOQUEADO IV PLACA VOLAR - RADIO	7504781
		PARAFUSO CORTICAL 3,5MM	7046001
		PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	7046326
		PARAFUSO CANULADO 4,5MM	7592283
		PARAFUSO CANULADO 7,0MM	7504598

LOCA E DATA

ASS E CARIMBO
 DO INSTRUMENTADOR (A)

INICIO _____ FIM _____
 ASSINATURA MEDICO

Font: 29109116

Flávia

Flávia

GERADO A EXFERMEIRA A NECESSIDADE DE RX

DATA

ASS





HOSPITAL
OTOCLÍNICA

ANAMNESE ANESTÉSICA

RENHO: 1471735 Pront: 411588
Ana Paula de Souza mendes
Convênio: Unimed Plano: Múltiplos
Méd: Herculano Soares Sabino Neto
Posto 1 - 106 A Sexo: Feminino
Dt Nasc: 17/02/1987 (29 anos e 7 meses)
Dt Ent: 28/08/2016 13:38

Idade: 29
Prontuário: 1112

Enf.: 106

Data: 29/08/16

Diagnóstico: FOTOCLINICA ORIGINAL

Cirurgião: *Herulano*

Tratamento Proposto: ORIGINAL

1º Auxiliar: *Joana Melo*

Tratamento Efetuado:

ente here

Respiratório	Gastrointestinal	Cardiovascular	Neurológico	Músculo-Esquelético	Endócrino	Hematológico
Asma Brônquica DPOC/Dispnéia Tosse Produtiva IVAS Recente Def. Torácica Pneumopatia Lesões Pleurais Rx Alterado	Hepatite Icterícia RGE Obst. Intest. Pancreatite Hemorragia Estômago Cheio Cirrose	Valvopatia Alt. Congênita ICC/Ostropnéia ECG Anormal Angina/IM Hipertensão Varizes MMII Aplidão Física Ruim Ecocárdio Alterado	Coma HIC Lesão Medular Lesão Periférica Parkinson Psiquiátrico Cefaleia Síncope/Convulsão Parestesias	Artrite Doença Musc. Afeção de Coluna Fratura Patologia Óssea Osteoporose	Diabetes Doença da Tireóide Gestação Obesidade Desnutrição Atraso Menst.	Anemia Hemofilia, Coagulopatia Transfusão
Infecçioso	Renal	Hábitos	Alérgias	Medicações em Uso	Exame das Vias Aéreas	
Sepse Peritonite Tuberculose H.I.V.	IRA IRC Infec. Urinária Sangramento	Fumo Alcool Drogas Anestésia Prévia Regional Geral IOT Difícil			Mallampati Tireomentiano Abertura da Boca Incis. Proeminentes Extensão Atlantoccipital	I II III IV () < 6 cm () > 6 cm () S () N () 0 () 1/2 () Co

Nome: *COMPREV SEGUROS E PREVIDENÇA S/A*
14 ABO 2019

Peso (Kg) Altura (cm) GRUPO ABO/IRH: Hto (%) Hb (g) PA (Torr)

Urela Creatinina Albumina Na Cloro K KGO TGP

Estado Físico (ASA) Jejum Médico CRM

Comentários Adicionais:



Hospital OTOclínica Check List – Cirurgia Segura

Atend: 1471736 Pront: 411883
 Ana Paula de Sousa Mendes
 Convênio: Unimed Plano: Multiplan
 Méd: Herculano Soares Sabino Neto
 Posto 1 - 106 A Sexo: Feminino
 Dt Nasc: 17/02/1987 (29 anos e 7 meses)
 Dt. Ent.: 29/09/2016 13:38

Paciente: Ana Paula Mendes Idade: _____ Leito: _____ Prontuário: _____ Data: 29/09 so: 02 Especialidade: _____

Admissão no CC

Paciente confirmou:

- Identificação
- Jejum
- Cirurgia a ser realizada
Trat. Punho
- Retirada de adornos
- Esvaziamento de bexiga

Checkado no Prontuário:

- Consentimento preenchido
- Avaliação pré-anestésica

Banho anti-séptico pré-operatório

- Não PVPI Clorexidina
- Demarcação de sítio cirúrgico

Não se aplica ()

Paciente tem ALERGIA?

- Sim Não

Qual: _____

- Checkado material cirúrgico
- Checkado material anestésico

Em uso de anticoagulante?

- Sim Não

Qual: _____

Há risco de vias aéreas difícil? () Sim Não

Disponível material de intubação

Há risco de perda sanguínea?

- Sim Não

Confirmado reservar com: _____

Na Sala de Cirurgia

Todos os profissionais da equipe confirmam nome:

- Cirurgião: Herculano Soares
- Anestesiista: Cibelle Magalhães
- Enfermeiro: _____
- Instrumentador: Hydegardo
- Circulante: Suzi
- Confirmado: _____

Identificação do Paciente e cirurgia

Gerenciamento de riscos:

Paciente necessita de vaga na UTI?

- Sim Não Checkado reserva com: _____

Confirmado material especial para cirurgia?

- Sim _____ Não aplica _____

Problemas com esterilização?

- Não Sim _____

Problemas com equipamentos?

- Não Sim _____

Administrado antibiótico profilático?

- Não Sim _____ H _____

Uso do colchão térmico?

- Não Sim () T _____ °C

Antes de Sair da Sala de Cirurgia

Enfermagem confirma com a equipe:

- Cirurgia realizada
Trat. Punho
- Contagem de compressas, instrumentos e agulhas
- Peças cirúrgicas identificadas e acondicionadas adequadamente. Nº _____
- Duração da cirurgia: _____

Enfermagem inspeciona:

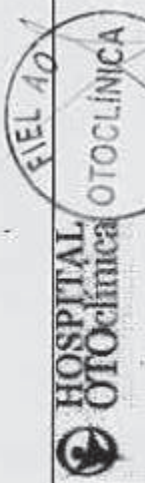
Houve lesão de pele relacionada ao uso do bisturi elétrico?

- Não Sim _____

Não conformidades detectadas:

- Sem SAE pré-operatória
- Presença de insetos em sala
- Falhas prediais (Vazamentos, elétrica, etc)
- Cirurgia suspensa em sala
- Outros _____

Acad. Marília



HOSPITAL Otológica Ltda Prescrição Eletrônica Paciente



1522822

Paciente: Ana Paula de ~~Sousa~~ **Antônio**
 Data Nasc: 17/02/1987 29a 7m 13d
 Data Entreda: 29/09/2016 13:35:43
 Médico Resp: Dr. Herculano Soares Sabino Neto (CRM 6508)

Atendimento: 1.471.735
 Convênio: Unimed / Enfermaria
 Liberação:
 Data Prescr.: 29/09/2016 18:20:00

Prontuário: 411.888

106 *h*

Dietas Observações

Geral

Soluções

1 Vol. 1000ml/24h Esquema Alternado

Horários

das 23 às 11 das 11 às 23
 14 14
 500 500

Vel. inf. gtm
 ml

Soro fisiológico 0,9% 500mL (sist. fechado)

Diluição	Dose	Intervalo	Via	Horários
Administrar 200 ml	2 Bs	12/12 h	IV	20

Medicamentos

Diluição	Dose	Intervalo	Via	Horários
Administrar 200 ml	2 Bs	12/12 h	IV	20

08

D

1º

Justificativa:

Novo ciclo iniciado

Dias previstos: 0 - Uso anterior de antimicrobiano: N -

2 Profenid IV 100mg inj.

Separar 2 ml do medicamento em 100 ml de Cloreto de Sódio 0,9% FR 100 ML
 Administrar 102 ml (12/12 h IV)

05

3 Novaigina 500mg/mL inj. ampola c/ 2mL

Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de AGUA PI
 INJECÃO AMP 10ML
 Administrar 20 ml (4/4 h IV)

04

08

12

4 DIMORF 10MG/ML C/1ML

Separar 1 amp do medicamento em 17 ml de AGUA PI
 INJECÃO AMP 10ML
 Administrar 17 ml (8/8 h IV)

SN

04

08

12

Observação: FAZER 3MG, SE DOR

5 Superan 50mg/2ml Inj.

Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de AGUA PI

20

04

08

12

Página 1

Paciente: Ana Paula de Sousa mendes

Antonia Jacqueline Pinheiro ()

antoniajp / antoniajp

Posto 1

106 A



[Handwritten signature]



1522822

Paciente: Ana Paula de Sousa mendes

Data Nascido: 17/02/1987 29a 7m 13d

Data Entrada: 29/09/2016 13:35:43

Médico Resp: Dr. Herculano Soares Sabino Neto (CRM 6508)

Atendimento: 1.471.735

Prontuário: 411.888

Convênio: Unimed / Enfermaria

Liberação:

Data Prescr.: 29/09/2016 18:20:00

106

INJECAO AMP 10ML
Administrar 20 ml
(808 h IV)

	Qt	Ciclo/min	Modo	Intervalo	Horarios	Resp	Dispositivo	Modalidade	Data
6 Pantozol 40mg inj.	1 FA		1x ao dia	IV					06
7 Codein 30mg	1 cp		6/6 h	VO	21	03			06
8 Puran T4 25mcg cp.	1 cp		1x ao dia	VO					06
9 Puran T4 88mcg cp.	1 cp		1x ao dia	VO					06

Gasoterapia

Recomendações

Sinais vitais a cada 6 horas

Punção com Jelco

Curativo Cirurgico

ELEVAR MISE

Intercorrências

Handwritten signature and date: 2019



REG. OS DE ENFERMAGEM POSTOS

FIEL A NOME: Ana Paula de Sousa Mendes

LEITO: 106A

MÉDICO: Herculano

DATA: 29 / 09 / 16

GASTOS CURATIVOS				
ORIGEM	MATERIAIS	M	T	SN
	GAZES 7,5 X 7,5 (UN)			
	LUVA PROCEDIMENTO (PAR)			
	LUVA ESTÉRIL (PAR)			
	SF 0,9% (ML)			
	TRANSPORE (CM)			
	ESPARADRAPO (CM)			
	GAZE ACOLCHOADO (UN)			
	AT. CREPOM (CM)			



SINAIS VITAIS

HORA	T	P	R	PA	SPO ₂
13:45	36.8	74	18	100 x 70	—

GLICEMIA			DIURESE		DRENOS	
HORA	RESULTADO	INSULINA (UI)	HORA	VOLUME (ML)	HORA	VOLUME

CONTROLE DE OXIGÊNIO

MODO DE ADMINISTRAÇÃO	O ₂	LIGADO	DESLIGADO	MANTI
CATER NASAL/O ₂				
MÁSCARA DE VENTURI				
MÁSCARA C/RESERVATÓRIO DE O ₂				
BIPAP				

CONTROLE MONITORIZAÇÃO

EQUIPAMENTO	LIGADO	DESLIGADO	MANTI
OXÍMETRO DE PULSO			
MONITOR CARDÍACO			

(Handwritten signature)



ETIQUETA

REGISTROS DE ENFERMAGEM POSTOS

LEITO: 106A MÉDICO: Marcos Vinícius DATA: 29/09/16

NOME: Ana Paula de Sousa

GASTOS CURATIVOS				
MATERIAIS	M	T	SN	
GAZES 7,5 X 7,5 (UN)				
LUVA PROCEDIMENTO (PAR)				
LUVA ESTÉRIL (PAR)				
SF 0,9% (ML)				
TRANSPORE (CM)				
ESPARADRAPO (CM)				
GAZE ACOLCHOADO (UN)				
AT. CREPOM (CM)				



GLICEMIA			DIURESE			DRENOS	
HORA	RESULTADO	INSULINA (UI)	HORA	VOLUME (ML)	HORA	VOLUME	

SINAIS VITAIS					
HORA	T	P	R	PA	SPO ₂
21:00	36,6	69	18	100x70	—
06:00	36,2	70	19	110x80	—
12:00	36,7	77	19	100x70	—

CONTROLE DE OXIGÊNIO					
MODO DE ADMINISTRAÇÃO	O ₂	LIGADO	DESLIGADO	MANTI	
CATETER NASAL/O ₂					
MÁSCARA DE VENTURI					
MÁSCARA C/RESERVATÓRIO DE O ₂					
BIPAP					
CONTROLE MONITORIZAÇÃO					
EQUIPAMENTO	LIGADO	DESLIGADO	MANTI		
OXÍMETRO DE PULSO					
MONITOR CARDÍACO					

ASSINATURA/CARIMBO: MANHÃ: [Signature] TARDE: [Signature] NOITE: [Signature]



HOSPITAL OTOCLINICA
ORIGINAL

Hospital Otolinica Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



1522776

Paciente: Ana Paula de Sousa Mendes
Data Nascido: 17/02/1987 29a 7m 13d
Data Entrada: 29/09/2016 13:35:43

Atendimento: 1.471.735
Convênio: Unimed / Enfermaria
Liberação:
Data Prescr.: 30/09/2016 14:00:00

Prontuário: 411.888

106 Δ

Médico Resp: Dr. Herculano Soares Sabino Neto (CRM 6508)

Dieta: Observações

Soluções

1 Vol. 1000ml/24h Esquema Alternado

Horários

das 23 às 11 das 11 às 23

Soro fisiológico 0,9% 500mL (sist. fechado)

Vel. inf. gtm
ml

14 14
500 500

Medicamentos

1 Cipro 200mg c/ 100mL

Diluição: Administrar 200 ml (12/12 h IV)

Dose: 2 Bs

Intervalo: 12/12 h

Via: IV

Horários: 20

D: 08 4°

Justificativa:

Novo ciclo iniciado



2 Profenid IV 100mg inj.

Separar 2 ml do medicamento em 100 ml de Cloreto de Sódio 0,9% FR 100 ML. Administrar 102 ml (12/12 h IV)

Dose: 1 amp

Intervalo: 12/12 h

Via: IV

Horários: 05

3 Novalgina 500mg/mL inj. ampola c/ 2mL

Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de AGUA P/ INJECAO AMP 10ML Administrar 20 ml (4/4 h IV)

Dose: 1 amp

Intervalo: 4/4 h

Via: IV

Horários: 20 24 04 08 12

4 DIMORF 10MG/ML C/1ML

Separar 1 amp do medicamento em 17 ml de AGUA P/ INJECAO AMP 10ML Administrar 17 ml (6/6 h IV)

Dose: 1 amp

Intervalo: 6/6 h

Via: IV

Horários: SN

Observação: FAZER 3MG, SE DOR

5 Superan 50mg/2ml Inj.

Separar 2 ml do medicamento em 18 ml de AGUA P/ INJECAO AMP 10ML Administrar 20 ml

Dose: 1 amp

Intervalo: 8/8 h

Via: IV

Horários: 20 12

Herculano Soares Sabino Neto
CRM 6508

Prescrição Eletrônica Paciente



1522776

Paciente: Ana Paula de Sousa mendes

Data Nasc: 17/02/1987 29a 7m 13d

Data Entrada: 29/09/2016 13:35:43

Médico Resp: Dr. Herculano Soares Sabino Neto (CRM 6508)

Atendimento: 1.471.735

Convênio: Unimed / Enfermaria

Liberação:

Data Prescr: 30/09/2016 14:00:00

Prontuário: 411.888

106

(88 h IV)

	1 FA	1x ao dia	IV		21	03	06		09		06		06		06		
6 Pantozol 40mg inj.	1 cp	6/6 h	VO														
7 Codein 30mg	1 cp	1x ao dia	VO														
8 Puran T4 25mcg cp.	1 cp	1x ao dia	VO														
9 Puran T4 88mcg cp.	1 cp	1x ao dia	VO														

Gasoterapia	Ot	Ciclo/min	Modo	Intervalo	Resp	Horários	Dispositivo	Modalidade	Data
Recomendações									
Sinais vitais a cada 6 horas									
Punção com Jelco									
Curativo Cirúrgico									
ELEVAR MSE									
Intercorrências									

14:10 14:30

Abto em 8:20:01 do dia 11/10/2016

08/10



REGISTROS DE ENFERMAGEM, 71305

DATA	HORA	REGISTRO DE ENFERMAGEM	DATA	HORA	REGISTRO DE ENFERMAGEM
30.09.16	14:10	Paciente apresentando Verbal. diga um- militado no membro esquerda, punção um New AVP com placa nº 22 em bata por apresentando Estima	01/10/16	08:30	Paciente bem. Retirado AVP saci- dade alta hospitalar acompa- nhado por familiares. 677345 Luar
30.09.16	14:20	Tentado uma nova punção em placa nº 22 em bates			
30.09.16	15:30	Paciente consciente, orientado, verbal- ligado, SSV estáveis, não ad- escondido da Enfermagem.			
30/09/16	22	Paciente chegou em repouso no bloco AVP e HVP/AVP/AVP, clítico no, SSV estáveis, ASE uma dependente e estrutura e sempre caso evidências de enfimagem			
01/10/16	00	Paciente chegou em repouso no bloco AVP e HVP/AVP/AVP, clítico no, SSV estáveis, ASE uma dependente e estrutura e sempre caso evidências de enfimagem			

Ruth M^o de Alencar
Tec. Enfermagem
COREN 375355

Ruth M^o de Alencar
Tec. Enfermagem
COREN 375355





Nome Cina Paula de Sousa Mendes Leito 106

DATA EVOLUÇÃO

29/07/19
7/8 - Paula Mendes 11 hrs

[Handwritten Signature]
Herculano Soares Sabino Neto
CRM 6508

01/10/19
10/10 - Paula Mendes 11 hrs

[Handwritten Signature]
Herculano Soares Sabino Neto
CRM 6508

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
REC. 14 AGO 2019
Nome:



Atend: 1471735 Front: 411888
 Ana Paula de Sousa mendes
 Nc: _____ Idade: _____
 Se: Convênio: Unimed Plano: Multiplan no Idade: _____ Unidade de internação: _____
 Méd: Herculano Soares Sabino Neto Sexo: Feminino
 Posto 1 - 106 A Dt Nasc: 17/02/1987 (29 anos e 7 meses)
 Mi: Dt. Ent.: 29/09/2016 13:38 Convênio: _____

1. PROCEDÊNCIA

Emergência Hemodinâmica
 Unidade de Internação
 C. Cirúrgico Outros: _____

6. EXAME FÍSICO

sem alterações gerais

2. CIRURGIA

Cirurgias Anteriores: Sim Não
 Quais? hipertireoidismo
 Proposta Cirúrgica: fixação de pontos
 Direito Esquerdo
 Não se aplica

6.1. SINAIS VITAIS

FC: _____ ; FR: _____ ; PA: _____
 T: _____ ; Peso: 6.5 Kg ; Altura: 1.52m

PRESCRIÇÃO / PLANEJAMENTO

citar Timpagem Sim Não
 Banho Pré-Operatório Sim Não
 Retirar: Óculos Adornos
 Lentes de Contatos Prótese Dentária Outros: _____
 Observar: Óculos Adornos
 Mastectomia Direita Esquerda
 FAV Direita Esquerda

7. SISTEMA NEUROLÓGICO

Nível de Consciência: _____
 Deficit Motor: Não Sim Qual(is): _____

3.1. ITENS ENCAMINHADOS PARA O CENTRO CIRÚRGICO

Meias Elásticas Sutiã
 Cinto Outros: _____
 Tipóia

8. SISTEMA CARDIOVASCULAR

Achados clínicos:

<input type="checkbox"/> Pele Fria	<input type="checkbox"/> Cianose
<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Sudorese
<input type="checkbox"/> Adinamia	<input type="checkbox"/> Hipertensão
<input type="checkbox"/> Turgência de Jugular	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Edema de Extremidades	<input type="checkbox"/> Outros: _____

3.2. HÁBITOS DE VIDA

no e Repouso: _____ Tabagismo: Sim Não
 Etilismo: Sim Não

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

Dieta: Via oral Gastrostomia
 SNG SNE
 Jejunost. Outros: _____

Jejum a partir das: 10:30 h
 Resíduo/Característica: _____
 Intolerância / Alegria Alimentar: _____

FACTORES DE RISCOS ANTERIORES

Dislipidemias DM
 Etilismo Cardioplastia
 HAS Obesidade
 Hipo / Hipertireoidismo Comprom. Renal
 Comprom. Pulmonar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

Diurese: Espontânea Outros: _____
 Queixas (disúria, incontinência, retenção, etc.)
 Diurese / Características: _____

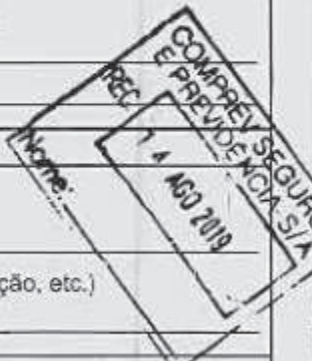
5. MEDICAMENTOS DE USO DOMICILIAR / HOSPITALAR

Drogas	Dose	Posologia	Horário
<u>gabapentina</u>	<u>150mg</u>	<u>1cp</u>	<u>12h</u>

Alergias: Não Sim () _____

11. PELE E MUCOSAS

Coloração: Rosadas Descoradas
 Cianose: Sim Não
 Hidratação das Mucosas, Conjuntiva e Língua:
 Úmidas Secas { _____ /4+ }
 Lesões de pele: Sim Qual(is): erupção maculosa
 Não
 Lesões / estágio: I II III IV



Protocolo de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso

Paciente Ana Paula de Sousa mendes
Data Nasc. 17/02/1987
Data Int 29/09/2016 01:09:43
Prontuário 411888
Idade 29 anos
Data Av. 29/09/2016 14:22:49

Atendimento 1471735
Convênio Unimed / Enfermaria
Data Lib.
Setor: Posto 1
Leito: 106 A

Situação Paciente Cirúrgico IMC 281.336,

Risco Cirúrgico

Cirurgia de grande e médio porte
Demais cirurgias

Condições de Risco para TEV

Obesidade (IMC \geq 30)

Contra-Indicações ao uso de heparina

Nenhuma das opções

Risco e Recomendação

Risco: Intermediário
Recomendação: Pacientes com risco intermediário devem ser submetidos à profilaxia com heparina de baixo peso molecular (HBPM) ou heparina não fracionada (HNF).

Doses sugeridas: HNF 5000 UI 12/12 horas SC ou Enoxaparina 20 mg 1 vez ao dia SC. O período de utilização recomendado é de 6 a 14 dias (ou enquanto persistir o risco), mesmo que o paciente receba alta ou volte a deambular.

Atenção: essa orientação é baseada em diretrizes internacionais e serve apenas como suporte adicional à decisão clínica, permanecendo à critério médico a prescrição definitiva da profilaxia aplicável ao caso.

Observações:

Camilla da Costa Farias
Enfermeira
CORREN 312.154



Avaliado por Camilla da Costa Farias



Paciente **Ana Paula de Sousa mendes**
 Data Nascto. **17/02/1967** 29 Anos
 Sexo **Feminino**
 Telefona **988348306**
 Leito **106 A**

Atendimento **1.471.735**
 Prontuário **411.888**
 Dt. Entrada **29/09/2016 13:35:43**
 Convênio **Unimed Enfermaria**

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/09/2016 18:34	29/09 18:38	Enfermeiro	Evolução		Camilla da Costa Farias	COREN 312154

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM -29/09/2016

- 1 - Dias de Internação - DIH: 1ºDIH, AS 18:20 PACIENTE RETORNOU DA UTI POS.
- 2 - Diagnóstico principal / secundário: POI DE FRATURA DE PUNHO E.
- 3 - Avaliação dos Sinais Vitais: ESTAVEIS
- 4 - Nível de Consciência: COSNCIENTE, ORIENTADA, VERBALIZANDO, REPOUSO NO LEITO.
- 5 - Avaliação do Sistema Respiratório: EUPNEICA EM AR AMBIENTE.
- 6 - Avaliação Abdominal / Gastrointestinal / Dieta - Tipo, Via e Aceitação / Controle Glicêmico: DIETA VO LIBERADA, AGUARDA ACEITAÇÃO.
- 7 - Eliminação - Diurese e Evacuações: DIURESE ESPONTANEA PRESENTE.
- 8 - Procedimentos invasivos (cateteres, drenos): AVP EM MSD PERVIO.
- 9 - Pele e Outras Alterações (curativos): CURATIVO INTEGRO MOBILIZADO COM TIPOIA.
- 10 - Queixas do Cliente: SEM QUEIXAS
- 11 - Antibioticoterapia: CIPRO.

AVALIAÇÕES DOS RISCOS

Broncoaspiração () Úlcera por pressão () Queda (X) TEV () PAV () Sem Risco ()

GERENCIAMENTO DE RISCOS

Farmacovigilância	Reação Adversas:
Tecnovigilância	Equipamentos: () BIC: () Aspirador: () Monitor: () Oxímetro () Equip. Ventilação () Bipap () Desmame ()
Infectovigilância	Tipo de Isolamento: Respiratório () Contato ()
Hemovigilância	CH () PL () PQT () Início: Término: Reação nos 15min: Sim () Não () Qual:



Camilla da Costa Farias
 Enfermeira
 COREN: 312.154

Paciente: Ana Paula de Sousa mendes
 Data Nascto: 17/02/1987 29 Anos
 Sexo: Feminino
 Telefone: 988348306
 Leito: 106 A

Atendimento: 1.471.735
 Prontuário: 411.888
 Dt. Entrada: 29/09/2016 13:35:43
 Convênio: Unimed Enfermaria

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/09/2016 22:36	29/09 22:38	Enfermeiro	Evolução		Jose Mario Ferreira	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - 29/09/2016. - SN

- 1 - Dias de Internação - DIH: 1º DIH ✓
- 2 - Diagnóstico principal / secundário: POI DE FX DE PUNHO ESQUERDO
- 3 - Avaliação dos Sinais Vitais: ESTÁVEIS ✓
- 4 - Nível de Consciência: CONSCIENTE E ORIENTADA
- 5 - Avaliação do Sistema Respiratório: EUPNÉICA EM AR AMBIENTE ✓
- 6 - Avaliação Abdominal / Gastrointestinal / Dieta - Tipo, Via e Aceitação / Controle Glicêmico: EM DIETA ORAL GERAL BEM TOLERADA
- 7 - Eliminação - Diurese e Evacuações: DIURESE PRESENTE E ESPONTÂNEA ✓
- 8 - Procedimentos invasivos (cateteres, drenos): AVP EM MSD PÉRVIO PARA TM + HV + ATB ✓
- 9 - Pele e Outras Alterações (curativos): MANTENDO MSE COM TALA GESSADA + ENFAIXADO ✓
- 10 - Queixas do Cliente: SEM QUEIXAS NO MOMENTO ✓
- 11 - Antibioticoterapia: CIPRO ✓



AVALIAÇÕES DOS RISCOS

Broncoaspiração () Úlcera por pressão () Queda (X) TEV (X) PAV () Sem Risco ()

GERENCIAMENTO DE RISCOS

Farmacovigilância	Reação Adversas:
Tecnovigilância	Equipamentos: () BIC: () Aspirador: () Monitor: () Oxímetro () Equip. Ventilação () Bipap () Desmame ()
Infectovigilância	Tipo de Isolamento: Respiratório () Contato ()
Hemovigilância	CH () PL () PQT () Início: _____ Término: _____ Reação nos 15min: Sim () Não () Qual: _____



Jose Mario Ferreira

Jose Mario Ferreira
Enfermeiro
COREN 192.305

PA 27-11-16

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: Instrumental Ello		
RESP. PREPARO: [handwritten]	Nº DO LOTE: 124	
DATA ESTERILIZAÇÃO: 10/11/16	VALIDADE: 28/12/16	
DATA DO USO: 10/11/16	HORA: 10:00	S.O.: [handwritten]
ORIGEM: Hospital		

INTEGRADOR

COMPREY SEGURANÇA E PREVENÇÃO
REC. 14 400 7019
NOME: [handwritten]

Sell Control - StatGauge
Sistema de Controle Químico
12x3 Integrator
REJEITO


OTOCLINICA
FIEL AO ORIGINAL

Data.....:26/09/2016 - NTL
Origem...:EXTERNO Convênio:UNIMED
Paciente.:ANA PAULA DE SOUSA MENDES
Médico Solicitante...:Dr(a). HERCULANO SOARES SABINO NETO

RX DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

LAUDO:

- Fratura completa, transversa, desalinhada da diáfise da ulna distal.
- Traço radiolucido em aspecto medial da diáfise distal do rádio, podendo corresponder a fratura incompleta.
- Demais estruturas ósseas conservadas.
- Presença de material de imobilização dificultando a análise.

Médico:  **IVIAN TEIXEIRA DE SOUZA**
CRM:6346



UNIDADE ALDEOTA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otolírica
Fortaleza - Ceará | CEP 60135-100
85 3466.1170 - 3466.1171



UNIDADE CAUCAIA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3011.1172 - 3011.1173 - 99755.1234

UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará
85 3023.1508 - 99688.0111

Dr. Herculano Soares Sabino Neto
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM - 6508

Rua Paulo de S. Mendes



União e Trabalho até dia 25/10/1986
União e Trabalho são Trabalho Certo



Dr. Herculano Sabino
Ortopedia-Traumatologia
CRM: 6508

CLÍNICA OSTEO - AV. PONTES VIEIRA, 2651 - DIONÍSIO TORRES
FONE: 99228.6717

1 - Registro ANS: 31.714-4
 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização
 5 - Senha
 6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário
 7 - Número da Carteira
 8 - Validade da Carteira
 9 - Atendimento de RN
 10 - Nome: *Mrs Paula de Lore Mendes*
 11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante
 12 - Código na Operadora
 13 - Nome do Contratado
 14 - Nome do Profissional Solicitante
 15 - Conselho Profissional
 16 - Número no Conselho
 17 - UF
 18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação
 19 - Código na Operadora / CNPJ
 20 - Nome de Hospital/Local Solicitado
 21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento
 23 - Tipo de internação
 24 - Regime de internação
 25 - Qtde. Diárias Solicitadas
 26 - Previsão de uso de OPME
 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica
*Tratamento Fracasso do Ulcus cr
 Comunas e lesões granulosas em todo*

29 - CID 10 Principal
 30 - CID 10 (2)
 31 - CID 10 (3)
 32 - CID 10 (4): *S42.5*
 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

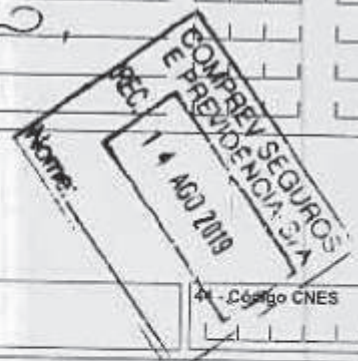
Procedimentos Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	<i>30.7.22.06-3</i>	<i>Tratamento do Ulcus</i>		
02				
03				
04	<i>30.7.20.09-5</i>	<i>Exat. orof</i>		
05				
06	<i>30.7.21.23-7</i>	<i>Reparo granulosas do</i>		
07		<i>crmo.</i>		
08				
09				
10				
11				
12				

Dados da Autorização
 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar
 40 - Qtde. Diárias Autorizadas
 41 - Tipo de Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado
 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado
 44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa
*ORTOPEDIA
 Tratamento de lesões de pele nos membros distais
 com curativos e bandagem*





HOSPITAL CENTRAL
DE
FORTALEZA

Ficha de Atendimento
Ambulatorial

Atendimento: 0788762 - Prontuario: 02516837

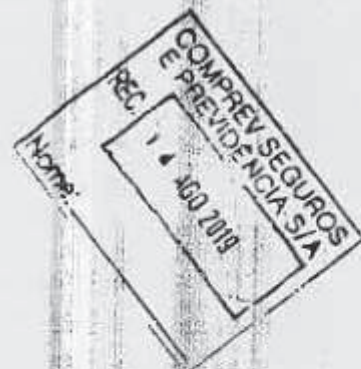
Dados do Paciente:

Nome: ANA PAULA DE SOUSA MENDES
Endereco: RUA AMOR PERFEIRTO, 72 - JD IRACEMA
RG: 0709296 SSP-CE Telefones: () / (85) 9888.08884 / ()
Sexo: Masculino Data Nasc: 17/02/1987 - 29 Anos 7 Meses
Nome da Mãe: CECILIA DE SOUSA MENDES
Responsavel:
Cadastrado por: ROCHELE

Dados do Atendimento:

Convenio: UNIMED Data Atendimento: 23/09/2016 Hora: 08:27
Matricula: 0630020044046430 Validade: 31/08/2018
Medico Respon: FRANCISCO JOSE MELO VIANA CRM 3123
CID/Diagnostico:
Procedimentos Autorizados:
CBHPM 1.01.01.03-9 CONSULTA

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



Assinatura / Carimbo Medico

Assinatura Paciente/Responsavel

HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA LTDA

CONFERE COM ORIGINAL



Hospital Central de Fortaleza

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OME: *Uma Paula de Sousa Naudy* DATA: *23/07/16*

Nº ATENDIMENTO:
CONVÊNIO: *Unimed*

TEM	SINAIS VITAIS				RESPIRADOR	GLICEMIA	
	FC	FR	PA	SAT O2		T	HORA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

COIMREY SEGUNDO
 ENFERMEIRO S/A
 REC 1 - 140.2018
 Nome:

Dr. Francisco José Nóbrega Viana
 Ortopedia
 CRM/CE 3123

Fechado Exatofalco

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM/ASSINATURA E COREN



HOSPITAL

CENTRAL DE PORTALEZA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Ana Paula de Sousa SEXO: F IDADE: _____

REGISTRO: CONVÊNIO Unimed DATA: 23/09/10

1. Tenoxicam 50mg + bexmal 50mg + 10ml SF 0,9 ev. 09/05

2. curativo 09.11

3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

REPOUSO ENTRADA: 09:00 SAIDA: 10:00

PA: _____ mmHg T: _____ °C F: _____ bpm R: _____ l/m GLICEMIA CAPILAR: _____ mg/dl

MATERIAIS UTILIZADOS

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR	MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR
ARCO-CATH-M			GAZE ACOLCHOADA		
AROSOL			GLICOTEST		
ÁGUA DEST. AM?			LÂMINA DE BISTURI		
ÁGUA OXIGENADA			LUVAS DESCARTÁVEIS	<u>02</u>	
ÁGULHA 40X12	<u>02</u>		LUVA ESTÉRIL		
ÁGULHA DESCART.			MICROPORE		
ALCOOL ETÍLICO	<u>100ml</u>		POVIDINE		
ALGODÃO (BOLA)	<u>02</u>		RINGER LACTATO		
ALGODÃO ORTOPÉDICO			S. ASPIRAÇÃO TRAQUEAL		
ATADURA CREPIM.			S. URETRAL (ALVIO)		
ATADURA GESSADA			SCALP NF 2.3	<u>01</u>	
CATÉTER NASAL			SERINGA 20ML		
COLETOR FECHADO			SERINGA 10ML	<u>02</u>	
DRENÓ PENROSE			SERINGA 5ML		
ELETRODO			SERINGA 3ML		
FOLHO SINGLES			SERINGA INSULINA		
SEPARADRAPO	<u>30 u</u>		S.N.G. LONGA		
STER			SONDA VESICAL		
EXTENSOR			SF 0,9% 500ML <u>200ml</u>	<u>01</u>	
FIO CRÚGICO			SF 0,9% 100ML		
FRIOSE 50GM			SF 5% 500ML		
GAZE	<u>30</u>		SGF 1:1 500ML		
			OUTROS: <u>SF 10ml</u>	<u>01</u>	

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENÇA S/A
REC. 11/09/2010

OBSERVAÇÃO

Realizado curativo, esoneizações no antebraço

Má. de Jesus R. de Oliveira
Téc. de Enfermagem
CORENCE 508.219

OXIGÊNIO LIG. AS: _____ DESL.: _____ MONITORIZAÇÃO LIG. AS: _____ DESL.: _____

EXAMES LAB: / / . ECG: / / RX: / / TAXA DE SALS: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO



VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1643028045

NOME
 ANA PAULA DE SOUSA MENDES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2001010093418 SSPDC CE

CPF DATA NASCIMENTO
 020.650.213-30 17/02/1987

FILIAÇÃO
 JOSE DE FATIMA MENDES
 CECILIA DE SOUSA
 MENDES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 [REDACTED] [REDACTED] B

Nº REGISTRO
 05901332894

VALIDADE
 15/06/2023

1º HABILITAÇÃO
 09/10/2013

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;



Ana Paula de Sousa Mendes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 18/06/2018

Igor Vasconcelos Ponte
 IGOR VASCONCELOS PONTE

58162954187
 CE165527099

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1643028045

CEARÁ



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Placa: 03690153395
Régua: 03690153395
Cidade: FORTALEZA
Estado: CE

Nome: CARLOS EMILIANO APOLONIO CARVALHO
CPF: 03690153395
Data de Emissão: 16/05/2016

Modelo: 1.8
Capacidade: 1470cc
Categoria: PARTILHA
Vencimento: 16/05/2016

Valor: 14,34
Parcelamento: 2 parcelas
Pagamento: 1,11

Valor Total: 14,34
Parcela Total: 1,11
Data de Pagamento: 16/05/2016

Valor Total: 14,34
Parcela Total: 1,11
Data de Pagamento: 16/05/2016

Valor Total: 14,34
Parcela Total: 1,11
Data de Pagamento: 16/05/2016

DETRAN

CONTRAN

819046910

819046910

819046910
01/07/2013
05/07/2013

Nome: CARLOS EMILIANO APOLONIO CARVALHO
CPF: 03690153395
Data de Emissão: 16/05/2016

Nome: CARLOS EMILIANO APOLONIO CARVALHO
CPF: 03690153395
Data de Emissão: 16/05/2016

Nome: CARLOS EMILIANO APOLONIO CARVALHO
CPF: 03690153395
Data de Emissão: 16/05/2016

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
REC. 14 AGO 2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

CE Nº 012459827042 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCICIO 2016 DATA EMISSÃO 16/05/2016
VIA 01 OFP / CNPJ 03690153395 PLACA 0RZ5753

RENAVAM 03690153395 MARCA/MODELO HONDA/CG 160
AP. IPIB 03690153395 AP. C/VAL 922803300515190

PRÊMIO TARIFÁRIO
DENOMINAR (R\$) 14,34
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
ICF (R\$) 1,11

PAGAMENTO PARCELADO
DATA DE CRIAÇÃO 11/05/2016
COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.600/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KC16E5D315190 01695



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279397/19

Vítima: ANA PAULA DE SOUSA MENDES

CPF: 020.650.213-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 23/09/2016

Titular do CPF: ANA PAULA DE SOUSA
MENDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANA PAULA DE SOUSA MENDES : 020.650.213-30

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: 14/08/2019
Nome: ANA PAULA DE SOUSA MENDES
CPF: 020.650.213-30

ANA PAULA DE SOUSA MENDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279397/19

Vítima: ANA PAULA DE SOUSA MENDES

CPF: 020.650.213-30

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2016

Titular do CPF: ANA PAULA DE SOUSA MENDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANA PAULA DE SOUSA MENDES : 020.650.213-30

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: 14/08/2019
Nome: ANA PAULA DE SOUSA MENDES
CPF: 020.650.213-30

ANA PAULA DE SOUSA MENDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA