

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10984090

A/C: EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170257952 ASL-0176622/17

Vítima: EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO

Data Acidente: 18/05/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2017

Carta nº: 11016873

A/C: EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3170257952 ASL-0176622/17  
**Vítima:** EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 18/05/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2017

Carta nº: 11177315

A/C: EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3170257952 ASL-0176622/17  
Vítima: EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 18/05/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000031

Conta: 00000604710-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170257952 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **EDULTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CARLOS CHAGAS nº 257 - BONSUCESSO - FORTALEZA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20088606940 - SSP**  
Data local do exame: **12/06/2017 FORTALEZA/CE**

## Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

### FRATURA DE TERCO DISTAL DE PERNA ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSOS METÁLICOS. FEZ 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DOR E AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MÉDICA.**

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

### DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

IV. Segundo o previsto no inciso II,  $\pi^1$  do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)

Vítima em tratamento  Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam susceptíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -**

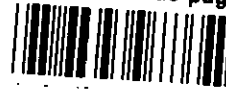
Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - FORTALEZA, 12/06/2017**

**Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ**

  
Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad  
Médico  
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

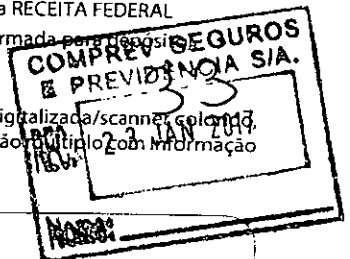
EU, Edulilton Lopes do Nascimento  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 02017709927 EXPEDIDO POR Notário - le EM 31/08/16  
 CPF 461913803-72 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO Motorista  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edulilton Lopes do Nascimento. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scaneada, colada, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

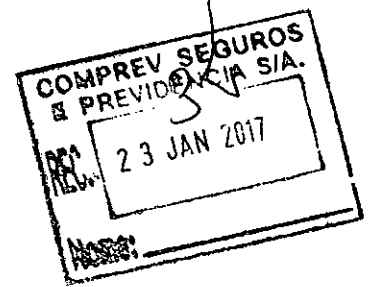
Nº do BANCO 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0031 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 604710-7 EP

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santaleza 27 de Novembro de 2016 Edulilton Lopes do Nascimento  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Resposta

90177

Boletim de ocorrência



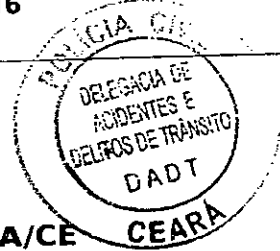
**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 8497 / 2016**

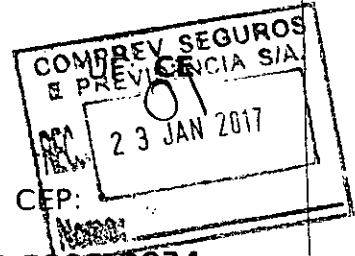
**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2016 08:07:32**  
Data / Hora da Ocorrência: **18/05/2016 21:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA CARLOS CHAGAS , 257**  
Complemento:  
Bairro: **BONSUCESSO**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **EDULTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO**  
Nascimento: **20/09/2003** CPF:  
RG: **20088606940** Orgão Emissor: **SSPDS**  
Filiação: **SHEILA MAIA DE ABREU DO NASCIMENTO**  
**EDULTON LOPES DO NASCIEMTO**  
Endereço: **RUA CARLOD CHAGAS , 257**  
Bairro: **BONSUCESSO**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL**



Telefone: **(85) 3292-2834**

**Noticiante(s)**

Nome: **SHEILA MAIA DE ABREU NASCIMENTO**  
Nascimento: **02/11/1975** CPF: **779.936.163-87**  
RG: **96015037864** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **FRANCISCA BATISTA MAIA DE ABREU**  
**ARISTEDES RICARDO DE ABREU**  
Endereço: **RUA CARLOS CHAGAS, 257**  
Bairro: **BONSUCESSO**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL**

UF:

CEP:

Telefone: **3292-2834**

**Histórico**

AFIRMA A NOTICIANTE (MÃE) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, A VITIMA, MENOR E FILHO, AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA CARLOS CHAGAS PARA PEGAR UM BOLA FOI ATROPELADA POR UMA MOTO (PLACA NÃO ANOTADA) NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO PAI E FOI LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//  
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

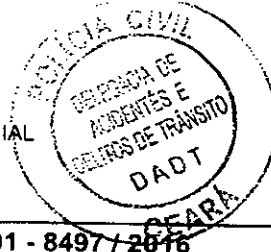
*AM*  
**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Sheila Maia de Abreu do Nascimento.*

VISTO DO DELEGADO(A) :

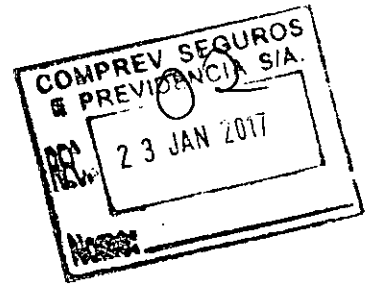


**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 8497 / 2016**

**CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5**



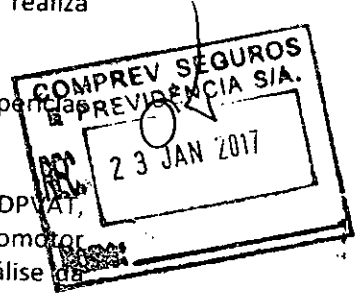




**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Eduilton Lopes do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 02017709927 e inscrito no CPF/MF sob o nº 461.913.803-72, residente e domiciliado na Rua Carlos Chagas N.º 257, Cidade Fontalva, Estado Ceará 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;



Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Eduilton Lopes do Nascimento

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Fontalva - Ce 27/12/16

Local e data



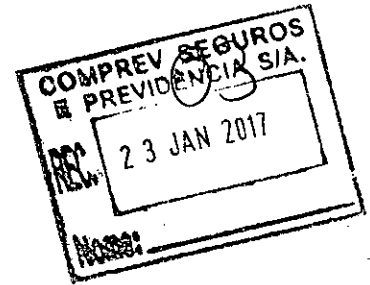


FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/05/2016 21:27

Paciente:	EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME	Atendimento:	36134427	Prontuário:	11580782	Convênio:	HAPVIDA
Profissional(is):	FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246	Nº:	04539010	18/05/2016	às 21:26	leito:	
<b>ANAMNESE</b>							
Queixa Principal	VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA MI E						
CID10	M255 DOR ARTICULAR						
<b>DIAGNÓSTICO</b>							
Hipótese Diagnóstica							
CID10	M255 DOR ARTICULAR						



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO

*Mauro HRS*

Assinatura

Este Declaratório



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FRANCISCO JOSE FROTA PRAD:7893023, às 20:32BRT de 31/05/2016

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FRANCISCO JOSE FROTA PRAD:7893023, às 09:10BRT de 23/05/2016



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eduilton Lopes de Nascimento

RG nº 02017709927, data de expedição 31/08/16, Órgão Detran-CE

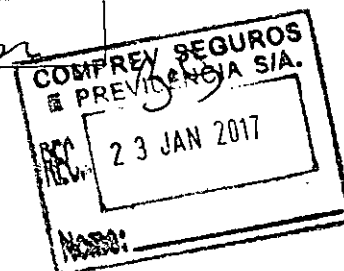
CPF nº 461.913.803-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Carlos Chagas</u>
Número	<u>257</u>
Apto / Complemento	<u>Casa A</u>
Bairro	<u>Bonsucesso</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60.541-704</u>
Telefone de contato	<u>(85) 98936-0069/99695-8085</u>
E-mail	<u>josivan.maj@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 27/12/16

Assinatura do Declarante: Eduilton Lopes de Nascimento



Coelce  
agora é **eneci**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **473682963**

**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

**DADOS DO CLIENTE**

Esta é a segunda via de  
**ABR/2017**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**3524722** DV **3**

**VENCIMENTO**  
**24/04/2017**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**138,13**

Rota 10 01250 23 0126600 Medidor Poste  
Nome EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO 23354005 0000 C47W  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU CARLOS CHAGAS 00257 CS A BONSUCESSO FORTALEZA  
60541704

RG / CPF / CNPJ 461.913.803-72 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual 15886 Leitura Anterior 15705 Constante 1 Consumo (kWh) 181 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 181

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	181	0,70649	127,87

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação 13/04/2017  
Prev. Próxima Leitura 16/05/2017

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

398C.62C9.8E13.6E57.01D0.9391.7A5A.F64A

**ICMS**

Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
127,87	27%	34,52

**OUTROS PAGAMENTOS**

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP 10,26  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 6,66 )

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	54,97
TRANSMISSÃO	1,36
DISTRIBUIÇÃO	19,14
ENCARGOS SETORIAIS	9,61
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	42,79

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 36,10

Conjunto BONSUCESSO

Mês FEV/ 2017

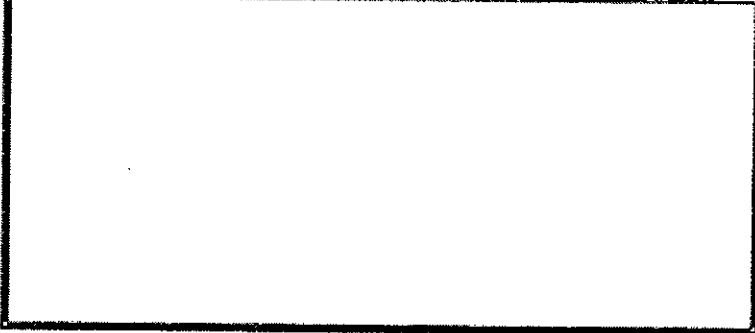
	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Annual	Mensal	Trim.	Annual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

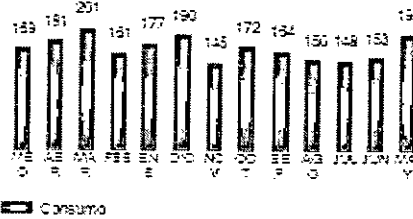
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica(%CO <sub>2</sub> )
		0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**



**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



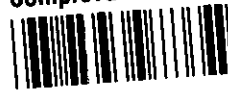
**COMPREV SEGUROS**  
**PREVIDÊNCIA S/A.**  
36  
23 JAN 2017

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **3524722-3** Nº da Nota Fiscal: **473682963** Total a Pagar (R\$): **138,13**  
Data de Emissão: **24/04/2017** Referência: **ABR/2017** Nº de Controle: **0003524722 00108 4318 2 61**

8387000001-0 38130031000-0 00035247220-0 01084318221-8





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

Coelce  
agora é **CECEL**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº  
**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valcyrino 150 | CEP 50135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06 106 848-3

Esta é a segunda via de  
**ABR/2017**

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 01 01110 20 075000 Medidor 2425147 Poste 0000 A18N  
Nome JOSIVAN PINTO BARROS  
Endereço Postal

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
5587764 DV 8

**VENCIMENTO**  
25/04/2017

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
119,81

End. da Unidade Consumidora RU SAO PAULO 00032 SA 514 CENTRO FORTALEZA 60030100

RG / CPF / CNPJ 600.067.453-85 CGF  
Classe 03-COMERCIAL,SERV.OUTR., MONOFASICA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual 6467 Leitura Anterior 6342 Constante 1 Consumo (kWh) 125 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 125

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	125	0,73649	92,06

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação 03/04/2017  
Prev. Próxima Leitura 03/05/2017

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

BBA4.4280.3930.8693.F341.558A.751B.ACE7

**ICMS**

Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
92,06	27%	24,85

**OUTROS PAGAMENTOS**

JUROS DO MES	0,14
MULTA MORATORIA	1,60
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	26,01
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 3,93 )	

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	39,39
TRANSMISSÃO	0,98
DISTRIBUIÇÃO	13,79
ENCARGOS SETORIAIS	7,11
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	30,79

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,68  
Conjunto CENTRO  
Mês FEV/ 2017

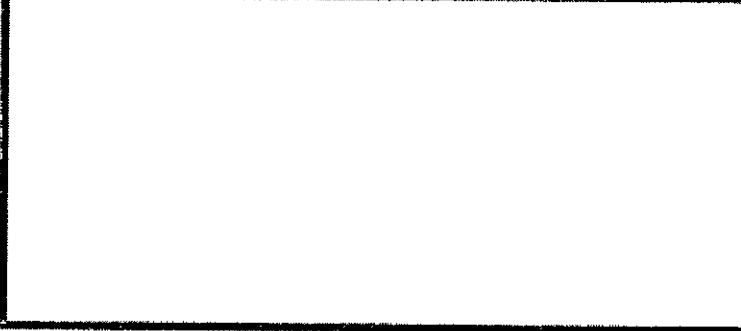
**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

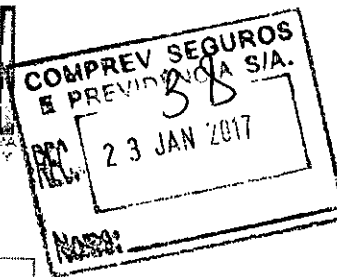
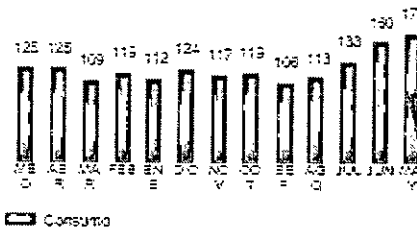
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica(%)CO <sub>2</sub>
		92,06

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,71	9,43	18,86	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,60			0,00		

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**



**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 5587764-8 Nº da Nota Fiscal: 471759428 Total a Pagar (R\$): 119,81  
Data de Emissão: 20/04/2017 Referência: ABR/2017 Nº de Controle: 0005587764 00045 4346 2 77

8388000001-1 19810031000-9 00055877640-0 00454346252-0





**DECLARAÇÃO**  
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

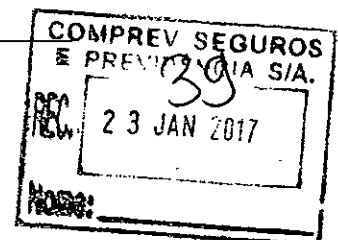
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Josivan Pinto Barros, portador(a) do RG nº 05070808420, expedido por Dehan - Leas-, em 20 / 01 / 17, CPF/CNPJ nº 600.067.453-85, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edulton Lopes do Nascimento do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Edulton Igor de Abreu do Nascimento, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Revisor

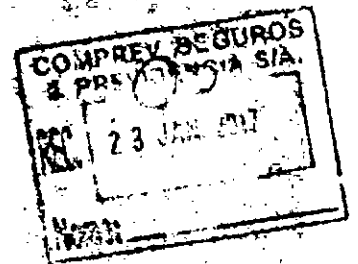
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





## DECLARAÇÃO

Declaramos que o paciente **EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO** esteve nesta unidade hospitalar, passando por atendimentos como (ATEND: 36134976 consulta dia 18/05/2016 e ATEND: 36135269 internação dia 19/05/2016) e mesmo assim o nome cadastrado incorretamente no sistema **EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO**.



19/05/2016





CIÓIA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
36134427

!GOO>"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/11/2016 10:03:06

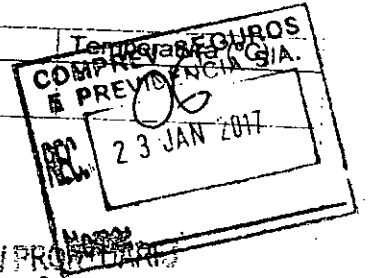
Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11580782	EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO	M	20/09/2003	13
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
0 SSP CE	46191380372			2-SOLTEIRO
Endereço				
R CARLOS CHAGAS,257 - BONSUCCESSO, FORTALEZA(CE) CEP 60541704				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987038618				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	DFT LOGISTICA E SERVICOS LTDA
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade
67725000053016019	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
18/05/2016	21:24		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO			1-MEDICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)



CONFERE O PRONTUÁRIO

*Manoel 4498*

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/05/2016 21:27

Paciente:	EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME	Atendimento:	36134427	Prontuário:	11580782	Convênio:	HAPENDA
Professional(is):	FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246	Nº:	04539010	18/05/2016	às 21:26	leito:	
<b>ANAMNESE</b>							
Queixa Principal	VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA MI E						
CID10	M255 DOR ARTICULAR						
<b>DIAGNÓSTICO</b>							
Hipótese Diagnóstica							
CID10	M255 DOR ARTICULAR						



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO

*Francisco Frota Prado*  
Assinatura



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO:7893023, às 20:32BRT de 31/05/2016

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO:7893023, às 09:10BRT de 23/05/2016



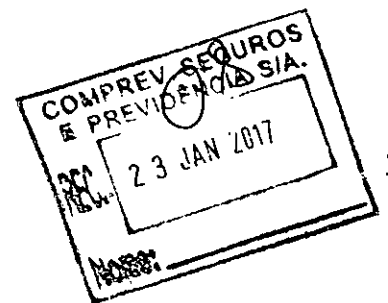
## ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE EDULTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO, VITIMA DE FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO. FOI SUBMETIDO A CIRURGIA APRESENTA 02 DOIS PARA FUSOS INTRA-OSSEOS. DOU ALTA, PACIENTE COM BOA RECUPERACAO

**CID: M255**

**11/07/16**

Dr. Jansen Vasconcelos  
Ortopedia  
CRM 12.575



---

DR JANSEN VASCONCELOS  
ORTOPEDIA INFANTIL  
CRM 12575

## ATESTADO MÉDICO

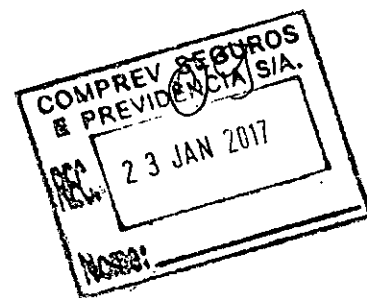
Atesto para fins de perícia médica no INSS que o paciente **EDULTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO** está em tratamento médico no ambulatório da HAP Clínica por fratura de tornozelo submetido a cirurgia de emergência com colocação de 02 parafusos. Fratura ocorrida por atropelamento de moto. Hoje, após 4 meses, dou alta ambulatorial.

À disposição

DR. JANSEN VASCONCELOS  
ORTOPEDIA INFANTIL  
CRM 12575

**DR. JANSEN OSTERNO VASCONCELOS**

Médico Ortopedista e Traumatologista Pediátrico  
CREMEC 12575 /// SBOT 13608



Fortaleza, 19 de SETEMBRO de 2016

HOSPITAL  
LUIZ FREITAS

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
36134976



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

25/07/2016 15:05:21

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11580782	EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO	M	20/09/2003	12
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
0 SSP CE	46191380372			2-SOLTEIRO
Endereço				
R CARLOS CHAGAS,257 - BONSUCESSO, FORTALEZA(CE) CEP 6054-1704				
Telefone Residencial		Telefone Trabalho		
987038618				

DADOS DO CONVENIO

Convênio	
3532 HAPVIDA	1 PLANO INDIVIDUAL ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade
67725000053016019	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				
135300-RECEPCAO EMG PED - HILF				
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
18/05/2016	23:17		2 CONSULTA CLINICA	
Médico Atendente			Clínica	
1688820 JOSIANE CRISTINA MAIA			3-PEDIATRICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)



CONFERE O PRONTUÁRIO

*Marlene Araujo*  
Assinatura

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - MARLENE ARAUJO



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

LUIZ FRANCA SERVICOS HOSPITAL

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME    Atendimento: 36134976    Prontuário: 11580782    Convênio: HAPENDA    19/05/2016 09:00

Profissional(is): JOSIANE CRISTINA MAIA CRM 11702    Nº: 04540993    18/05/2016 às 23:48    Leito:

Exame: **Queixa: Principal**    FRATURA DE TORNOZELO

**CID10**    S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

**DIAGNÓSTICO**

**Hipótese Diagnóstica**

**CID10**    S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE



Mauricio H98



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETRADO DO HOSPITAL

25/07/2016 15:06:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11580782	EDULTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO	M	20/09/2003	12
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
0 SSP CE	46191380372		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CARLOS CHAGAS 257 BONSUCESSO FORTALEZA-CE CEP:60541704				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987038618		SHEILA MAIA DE ABREU DO NASCIMENTO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
135300-RECEPCAO EMG PED - HILF			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
19/05/2016	01:52		
Médico Atendente			Clinica
2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO			3-PEDIATRICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
3532-HAPVIDA	DFT LOGISTICA E SERVICOS LTDA
Carteira	Validade
67725000053016019	5-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO



DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1717390	99996666	C89517474	INTERNACAO
1717390	30728126	C89517474	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
1717390	30732026	C89517512	ENXERTO OSSEO
1717390	30728142	C89517539	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
142536	32040091	154255809	RAIOX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

*M. A. S. 1198*

# NOTA DE SALA

**KIT 4157495**

**Prontuário:** 36135269 **Prontuário:** 11580782 **EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO** **HAPVIDA**  
**30728126** **FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO** **Tipo Anestesia:** GERAL INALATORIA  
**30732026** **ENXERTO OSSEO** **30728142** **LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO**  
**SALA 01 - CC** **Sector Emissor:** FARMACIA CENTRO CIRURGICO - **Apto.:** L1004  
**CIRURGIAO** **2743752** **JANSEN OSTERNO VASCONCELOS** **CRM** 12575  
**PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO** **903400** **BRUNO DE BRITO BOTELHO** **CRM** 9329  
**ANESTESISTA** **1527045** **AUGUSTO CESAR OLIVEIRA ARAUJO** **CRM** 11156

*USARU: Fº DAS CHABAS*

Descrição	Qtd	Código	Especificação	Orde
<b>Unidade Médica - Hospitalares</b>			<b>Medicamentos</b>	
ALGEMADA FRAS 1000 ML	30	35181	ATROPINA 0,25 MG AMPL 1 ML	1
HA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML FRAP 2,5 ML	1
COL 1% TOPICO FRAS 1000 ML	100	38008	DIPRONA 1 G AMPL 2 ML	1
COL 1% DADO FRAS 1000 ML	100	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
ODAO HIDROFILO - 500 GR	20	139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
TURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	4	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	1
TER NITRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1	154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD	1
HEXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	250	1120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
HEXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	300	11564	PLAMET 10MG AMPL 2 ML	1
HEXEDINA DEGERMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	300	17593	SEVORANE 250ML FRAS 250 ML	1
MPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	2	43796	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML TUBO 250 ML	5
OCDO PIMONITOR DESCARTAVEL - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
PO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD	1			1
DRAPAO TUBO 450 CM	60			
FRAS 1000 ML	50			
ESOR 40 CM PINEO C/2 VIAS - 1 UD	1			
VICRIL 4-0 - 1 UD	1			
10X-0 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	50	19	<b>Gases / Aparelhos</b>	
RO, DESCARTAVEL PCT 50 UD	5	20	TAXA DE SALA	Início: 21:00 Fim: 22:00
ANA DE BSTRUI 15 - 1 UD	1	16	OXIGENIO	Início: 21:00 Fim: 22:00
A DESC, ESTERIL 7,5 MUCAMBO - 1 PA	3	17	MONITORIZACAO	Início: 21:00 Fim: 22:00
A DESC, ESTERIL 8,0 MUCAMBO - 1 PA	2	21	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	Início: 21:00 Fim: 22:00
CARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA CITRAS PCT 100 UD	5	22	PAR COMPRIMIDO	Início: 21:00 Fim: 22:00
OPCRE 25X10 TUBO 1000 CM	80		OXIMETRO DE PULSO	Início: 21:00 Fim: 22:00
OFISO CANULADO 4,5MM - 1 UD	2			
ODINE DEGERMANTE FRAS 1000 ML	350			
ODINE TOPICO FRAS 1000 ML	250			
DES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
IGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
IGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
E-RA 03 VIAS - 1 UD	1			
SORIC - 1 UD	1			

**COMPREV SEGUROS**  
**E PREVIDENCIA S/A.**  
**23 JAN 2017**





Empresa: 19151 VIDA IMAGEM FORTAL  
Setor: 135500 RAIJX - HLF  
Endereço:

Pedido: 15352047  
Data do Pedido: 19/05/16  
Data / Hora: 19/05/16 22:37:14

Atendimento: 36135269 Data: 19/05/2016  
Paciente: 11580782 EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO  
Nascimento: 20/09/2003 Telefone: 987038618  
Endereço: R. CARLOS CHAGAS, 257 BONSUCESSO CEP: 60.541-170  
Nome Paciente: INTERNAÇÃO CIRURGICA

Operador: VINICIOJ  
Idade: 12 ano(s) Sexo: M

Convênio: HAFVIDA  
No. Cartão: 67725000053016019

Paciente: INTERNO  
Motivo: EMERGENCIA

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	Qt	VI Unit	VI Total
204001 RFX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - LADO ESQUERDO	142536	JANSEN OSTERNO VAS		1	0.00	0.00



INTERNAÇÃO CIRURGICA

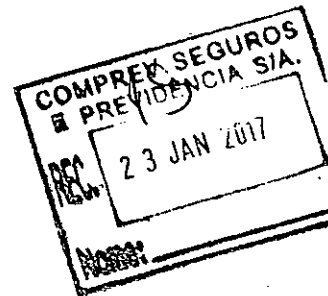
3613526931

Quantidade Total de Exames Solicita 1 Valor TI de Exames Solicitados: 0.00

Telefone: 6332112169

Observações:

ENTREGA DE RESULTADOS APOS 01 DIA ÚTIL, DE 2a A 6a DAS 09:00 AS 16:30h. COM APRESENTAÇÃO DESTA FICHA OU DOCUMENTO DO USUÁRIO (CARTEIRA DO PLANO OU RG).



20R



# PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Prescrição: 9601062      Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO N°      Prontuário: 11580782      Data: 19/05/2016      Hora: 05:52  
 Atendimento: 36135269      Leito: L1004      Convênio: HAPVIDA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - PEDIÁTRIA

1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Temperatura	-06:00-	36.1 °C	12:00 18:00 20:05 00:00
TJ	Manhã	Tarde	Noite
TGI	Manhã	Tarde	Noite
SAT O2	-06:00-	99	12:00 18:00 20:05 00:00
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
CIANOSE EXTREMIDADES	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Frequência Respiratória	-06:00-	21 mrx	12:00 18:00 20:05 00:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	-06:00-	118 bpm	12:00 18:00 20:05 00:00
PADRAO RESPIRATORIO	Manhã	Tarde	Noite
2 - REALIZAR			
EXAME PSICOLÓGICO	Manhã	Tarde	Noite
HIGIENE ORAL, CORPORAL E OCULAR	Manhã	Tarde	Noite
3 - MANUTER			
ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS E IDENTIFICADOS	Manhã	Tarde	Noite
CONDIÇÕES PARA SONO E REPOUSO	Manhã	Tarde	Noite
CABECEIRA ELEVADA	Manhã	Tarde	Noite
4 - ORIENTAR			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	Manhã	Tarde	Noite
5 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Manhã	Tarde	Noite

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

19/05/2016 05:00 OCA ADMITIDA NESTA, NESTA UNIDADE HOSP, ONDE AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO. E SEGUIR EM MANUTENÇÃO SINTOMÁTICOS.

### PROFISSIONAIS

CRISTINA DE CASSIA DO NASCIMENTO FERREIRA DE QUEI (COREN 350444)

COMPANHIA SEGUROS  
 DE PREVIDÊNCIA S/A.  
 23 JAN 2017  
 ENFERMEIRA  
 COREN 350.444



# PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
20/05/2016 07:56 AM

Nº Prescrição: 9611858 Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO N.º Prontuário: 11580782 Data: 20/05/2016 Hora: 07:36  
Arrendimento: 36135269 Letto: L1004 Convênio: HAPVIDA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - PEDIATRIA

1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Manhã	Tarde	Noite	
Sinais Vitais- Temperatura	06:00	12:00	18:00	21/05 00:00 18:00
TU	Manhã	Tarde	Noite	Noite
TS:	Manhã	Tarde	Noite	
SAT O2	06:00	12:00	18:00	21/05 00:00 18:00
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite	
DIAGNOSE EXTREMIDADES	Manhã	Tarde	Noite	
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	06:00	12:00	18:00	21/05 00:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	06:00	12:00	18:00	21/05 00:00
PADRAO RESPIRATORIO	Manhã	Tarde	Noite	
2 - REALIZAR:				
APOIO PSICOLÓGICO	Manhã	Tarde	Noite	
HIGIENE ORAL, CORPORAL E OCULAR	Manhã	Tarde	Noite	
3 - MANTER:				
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Manhã	Tarde	Noite	
CONDIÇÕES PARA SONO E REPOUSO	Manhã	Tarde	Noite	
CABECEIRA ELEVADA	Manhã	Tarde	Noite	
6 - ORIENTAR				
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	Manhã	Tarde	Noite	
7 - COMUNICAR				
INTERCORRÊNCIAS	Manhã	Tarde	Noite	

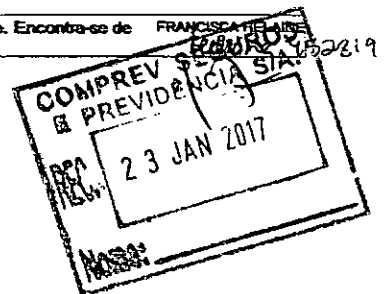
### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

20/05/2016 07:49 Evolui afebril. Orientado. Eupneico. Aceitando dieta oferecida. PO de fratura de tornozelo esquerdo. Boa diurese. Encontra-se de alta hospitalar, saiu de alta hospitalar com sua genitora.

FRANCISCA FIEL ALMEIDA

### PROFISSIONAIS

MARIA AMELIA LEITE DIAS (COREN 253511)



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM**

HOSPITAL FRANCA SERVICOS HOSPITAL

19/05/2016 02:54

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME Atendimento: 36135269 Prontuario: 11580782 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): MARIA DA CONCEIÇÃO PROCÓPIO DA SILVA COREN 442515 Nº: 04542021 19/05/2016 às 02:42 Leito: 11004

**DADOS DO PACIENTE**

HIPOTHESE DIAGNOSTICA	FRATURA DE TORNOZELO
IDADE	12 ANOS
SEXO	MASCULINO
LOCAL DE INTERNAÇÃO	OBSERVAÇÃO 2
PROVENIENTE	HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE
RESPONSAVEL	SHEILÁ MAIA

**HISTORICO**

FOI INTERNADO ANTERIORMENTE? QUAL MOTIVO?	QUANDO CRIANÇA
TEM ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO? QUAL?	PROFENID
TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?	NEGA
FOI INTERNADO ANTERIORMENTE? QUAL MOTIVO?	PROFENID
FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA? QUAL?	NEGA

**ANAMNESE**

CURATIVO	AVP NO MSD
DRENOS	NENHUM
PARECER MÉDICO	NEGA
EXAMES PENDENTES	NEGA

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

E.I.A.N 12 ANOS.HC:FRATURA DE TORNOZELO FEEMBLE  
CONSCIENTE E ORIENTADO,RESPONDENDO A ESTÍMULOS SONO  
E REPOUSO PRESERVADO NO LEITO,ELIMINANDO DEFEZES E URINAS  
PRESENTES,EM DIETA ZERO APARTIR DE MEIA NOITE PARA  
PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR JANSEN (OSTEOPACI DENTE)  
COM AVP DE MANUTENÇÃO+SINTOMATICO NO MSD,SEGUIE AOS  
CUIDADOS DA EQUIPE

Maria da Conceição Procópio da Silva  
COREN 442515

COMPROMISSOS SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.  
REC. REC. 23 JAN 2017  
NOME:



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

LUIZ FRANCA SERVICOS HOSPITAL

19/05/2016 06:04

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME Atendimento: 36135269 Pronto-socorro: 11580782 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): **RA DE CÁSSIA DO NASCIMENTO** Nº: 04542487 19/05/2016 às 05:58 leito: L1004

## ORIENTAÇÕES EDUCACIONAIS

Descrição

CCA, 12 ANOS, PRÉ-OPERATÓRIO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. EVOLUI ALERTA, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ABDOME PLANO E FLÁCIDO, AFEBRIL, EUPNEICO EM AA. MANTÉM AVP EM MSD PARA HV+ SINTOMÁTICOS. ALÉRGICO À PROFENID (SIC). EM DIETA ZERO DESDE AS 24:00, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. MANTÉM CURATIVO EM MIE ÍNTEGRO. PROCEDIMENTO MARCADO NO CC PARA ÀS 12:00 (SIC). SEGUE SEM QUEIXAS E INTERCORRÊNCIAS. AOS CUIDADOS.

*Ra de Cássia do N. F. de Queiroz*  
ENFERMEIRA  
COREN 350.444

COMPREV SEGUROS  
& PREVIDÊNCIA S/A.  
23 JAN 2017

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

20/05/2016 06:31

LUIZ FRANCA-SERVICOS HOSPITAL

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME    Atendimento: 36135269    Prontuário: 11580782    Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): [REDACTED]    Nº: 04565335    20/05/2016 às 00:00    leito: L1004

Descrição

CÇA, RETORNOU DO CC, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, HIDRATADO, CORADO. AVP PARA HV + SINT. DIETA ZERO. AGUARDA DIURESE ESPONTANEA. SEGUE SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

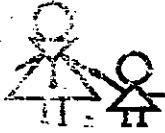
*24ho - apresenta dor,  
MCPM.*

*Ana Carolina  
Enfermeira  
COREN 37664*

*Ana Carolina  
Enfermeira  
COREN 37664*

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA SIA.  
REC. REC. 23 JAN 2017  
NOME:

# CHECK LIST CIRURGIA SEGURA



LUZ FRANCA  
SERVIÇOS HOSPITAL

Nome: Ednilton Igor de Abreu do Nascimento Idade: 12  
 Prontuário: 110807821 Data de admissão:  / /  
 Médico: Dr. Jansen  
 Acomodação: PONTO 01

**DADOS DA ADMISSÃO**  
 Data da cirurgia: 29/05/16 Horário: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Histeria de Timozelo  
 Equipe cirúrgica: \_\_\_\_\_

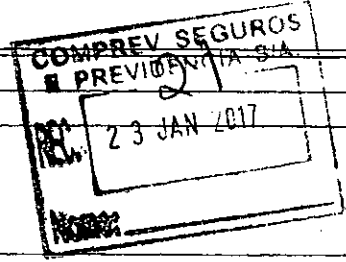
Marque com um "X" as opções do checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente)				Setor: _____			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Identidade do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exames de imagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação pré-anestésica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada de adornos/prótese e guarda adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação de lateralidade pelo MA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termo de consentimento concedido - cirurgia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmação de vaga em UTL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termo de consentimento concedido - anestesia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exames laboratoriais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmação de reserva de sangue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fricção: má até 2h antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ASSINATURA:</b>			

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista do BO):							
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmar identidade do paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmada reserva e disponibilidade de sangue se risco de perda sanguínea (>500ml/adulto - 7ml/kg Criança).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prontuário ativo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via aérea difícil / risco de aspiração.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPME checado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmação de vaga em UTL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Checar: completa dos equipamentos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checar: completa das medicações a serem utilizadas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias conhecidas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Especificar: <u>Aspirina</u>							

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):				
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	
Membros da equipe cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cirurgião, anestesista e enfermeira verbalmente confirmam:				
Lateralidade do procedimento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input checked="" type="checkbox"/>
Paciente certo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sítio cirúrgico identificado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Revisão do cirurgião			
Há material/instrumental específico para o procedimento a ser realizado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checou equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiótico profilaxia realizada nos últimos 60 min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão do anestesista			
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão da enfermagem			
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esterilização do material confirmada e validada.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realização da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificação e acondicionamento correto do material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Envio de guias e/ou relatórios pelo médico cirurgião.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página: 1 de 1

LUZ FRANCA SERVIÇOS HOSPITAL

19/05/2016 02:42

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME Atendimento: 36135269 Prontuário: 115807821 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): MARIA DA CONCEIÇÃO PROCÓPIO DA Nº: 04542010 40050000



<b>4. PÓS OPERATÓRIO</b>																			
<b>4.1 Nível de consciência</b> Agitação <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Sonolento <input checked="" type="checkbox"/> Semi-narcose <input type="checkbox"/>		<b>4.2 Tipo de respiração</b> Espontânea s/ suporte de O <sub>2</sub> <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea c/ suporte de O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/>																	
		<b>4.3 Extremidades</b> Frias <input checked="" type="checkbox"/> Pefundidas <input type="checkbox"/> Pegajosas <input type="checkbox"/>																	
		<b>4.4 Curativos cirúrgicos</b> Limpo e seco <input type="checkbox"/> Pouco úmido <input type="checkbox"/> Bastante úmido <input type="checkbox"/>																	
<b>4.5 Dispositivos</b> Irrigação <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Cateter Peridural <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> Dreno <input type="checkbox"/> Tipo _____ Produtivo <input type="checkbox"/> Inprodutivo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Especificar _____		<b>4.6 Sinais Vitais na Admissão</b> Horário <u>22:30</u> Temperatura _____ °C Pulso <u>110</u> bpm Respiração _____ rpm Saturação <u>99%</u> PA <u>112</u> x <u>60</u> mmHg																	
<b>4.7 Escala de Aldrete Kroulik</b>		<b>Escala de dor (Escala de Adrete Kroulik)</b>																	
<table border="1"> <tr> <td>Consciência</td> <td>Respiração</td> </tr> <tr> <td>2 - Desperto totalmente</td> <td>2 - Respira profundamente</td> </tr> <tr> <td>1 - Desperto ao chamar</td> <td>1 - Dispneia</td> </tr> <tr> <td>0 - Não responde estímulos</td> <td>0 - Apnéia</td> </tr> <tr> <td>Movimento</td> <td>Sat</td> </tr> <tr> <td>2 - Apto a mover 4 extremidades</td> <td>2 - &gt; 92% respirando ar</td> </tr> <tr> <td>1 - Apto a mover 2 extremidades</td> <td>1 - &gt; 90% com O<sub>2</sub></td> </tr> <tr> <td>0 - Incapaz de se mover</td> <td>0 - &lt; 90% com O<sub>2</sub></td> </tr> </table>		Consciência	Respiração	2 - Desperto totalmente	2 - Respira profundamente	1 - Desperto ao chamar	1 - Dispneia	0 - Não responde estímulos	0 - Apnéia	Movimento	Sat	2 - Apto a mover 4 extremidades	2 - > 92% respirando ar	1 - Apto a mover 2 extremidades	1 - > 90% com O <sub>2</sub>	0 - Incapaz de se mover	0 - < 90% com O <sub>2</sub>	<p>Sem Dor <span style="float: right;">Dor Máxima</span></p>	
Consciência	Respiração																		
2 - Desperto totalmente	2 - Respira profundamente																		
1 - Desperto ao chamar	1 - Dispneia																		
0 - Não responde estímulos	0 - Apnéia																		
Movimento	Sat																		
2 - Apto a mover 4 extremidades	2 - > 92% respirando ar																		
1 - Apto a mover 2 extremidades	1 - > 90% com O <sub>2</sub>																		
0 - Incapaz de se mover	0 - < 90% com O <sub>2</sub>																		
<b>Condições de encaminhamento do paciente</b>																			
<b>4.8 Nível de consciência</b> Agitado <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Sonolento <input checked="" type="checkbox"/> Semi-narcose <input type="checkbox"/>		<b>4.9 Extremidades</b> Frias <input checked="" type="checkbox"/> Pefundidas <input type="checkbox"/> Pegajosas <input type="checkbox"/>																	
		<b>4.10 Curativos cirúrgicos</b> Limpo e seco <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Pouco úmido <input type="checkbox"/> Bastante úmido <input type="checkbox"/>																	
		<b>4.11 Abdômem</b> Plano <input type="checkbox"/> Timpânico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/>																	
<b>4.12 Dispositivos</b> Irrigação <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Cateter Peridural <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> Dreno <input type="checkbox"/> Tipo _____ Produtivo <input type="checkbox"/> Inprodutivo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Especificar _____		<b>4.14 Encaminhar para:</b> Horário <u>23:20</u> Unidade de internação <input checked="" type="checkbox"/> Especificar <u>PORTO 01</u> UTI <input type="checkbox"/> Especificar _____ Emergência <input type="checkbox"/> Especificar _____ Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Especificar _____ Enfermeiro (a)/ COREN _____																	

Observações de enfermagem:

---



---



---



---



---



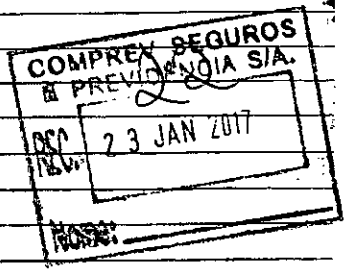
---



---



---



Dr. Jairo *[Signature]*  
COREN 123456

Assinatura / COREN

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E OUTROS AJUSTES

### DADOS DO PACIENTE

Nome: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO

RG: 0 CPF: 46191380372

Endereço: CARLOS CHAGAS 257 BONSUCESSO FORTALEZA CE 60541704

### DADOS DO RESP. LEGAL (NA IMPOSSIBILIDADE DO PACIENTE ASSINAR)

Nome: EDULTON LOPES DO NASCIMENTO

RG: 0 CPF: 46191380372

Endereço: CARLOS CHAGAS 257 BONSUCESSO FORTALEZA CE 60541704

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, o paciente acima qualificado ou, na impossibilidade do mesmo fornecer seus dados e/ou subscrever este termo, o seu responsável acima identificado, um ou outro reconhecem que foram devidamente esclarecidos sobre a condição de saúde do referido paciente, sob tratamento no LUIZ FRANCA SERVICOS HOSPITAL.

Declararam, mais, que os profissionais responsáveis pela assistência médica do paciente em momento indicaram as opções de tratamento médico-hospitalar constantes no prontuário respectivo

Mesmo considerando os riscos inerentes, o signatário responsabilizou-se integralmente e optou pelo seguinte tratamento (a ser conferido ao enfermo acima qualificado)

30728126 FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO

30732026 ENXERTO OSSEO

30728142 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO

O signatário, após devidamente cientificado de todos os riscos do tratamento acima especificado, optou pela adoção de tal prática médica, por entender que esta constitui a melhor assistência a ser dispensada ao paciente, responsabilizando-se integralmente por sua decisão.

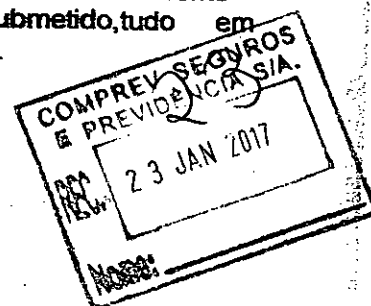
O paciente e/ou seu responsável declaram, portanto, estarem absolutamente informados sobre o procedimento médico a que o paciente será submetido, tudo em obediência aos arts. 46, 48, 49, 53, 56 e 59, do Código de Ética Médica

FORTALEZA CE, 19 de MAIO, de 2016

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável Legal

TESTEMUNHAS

\_\_\_\_\_





Empresa: 19151 VIDA IMAGEM FORTAL  
Setor: 135500 RAOX - HLF  
Endereço:

Pedido: 15352047  
Data do Pedido: 19/05/16  
Data / Hora: 19/05/16 22:37:14

Arrendatário: 36135269 Data: 19/05/2016  
Paciente: 11580782 EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO  
Nascimento: 20/09/2003 Telefone: 987038618  
Endereço: R. CARLOS CHAGAS, 257 BONSUCESSO CEP: 60.541-170  
Unidade Principal: INTERNAÇÃO CIRURGICA

Operador: VINICIOJ  
Idade: 12 ano(s) Sexo: M

Convênio: HAPVIDA  
No. Cartão: 67725000053016019

Paciente: INTERNO  
Motivo: EMERGENCIA

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	Qt	VI Unit	VI Total
2040001 RAX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - LADO ESQUERDO	142536	JANSEN OSTERNO VAS		1	0.00	0.00
INTERNAÇÃO CIRURGICA						
Quantidade Total de Exames Solicita						1
Valor TI de Exames Solicitados:						0.00

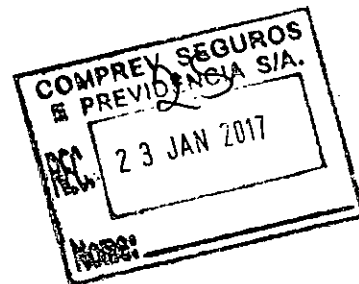


3613526931

Telefone: 8532112169

Observações:

ENTREGA DE RESULTADOS APOS 01 DIA ÚTIL, DE 2a A 6a DAS 09:00 AS 16:30h. COM APRESENTAÇÃO DESTA FICHA OU DOCUMENTO DO USUÁRIO (CARTEIRA DO PLANO OU RG).





# PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Prescrição: 9601062	Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NA	Prontuário: 11580782	Data: 19/05/2016	Hora: 05:52
Atendimento: 36135269	Leito: L1004	Convênio: HAPVIDA		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - PEDIATRIA				
<b>1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO</b>				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	-06:00-	36,1 °C	12:00	18:00 20/05 00:00
TJ		Manhã	Tarde	Noite
TGI		Manhã	Tarde	Noite
SAT O2	-06:00-	99	12:00	18:00 20/05 00:00
ACEITAÇÃO DA DIETA		Manhã	Tarde	Noite
CIANOSE EXTREMIDADES		Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	-06:00-	21 irrp	12:00	18:00 20/05 00:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	-06:00-	118 bpm	12:00	18:00 20/05 00:00
PADRAO RESPIRATORIO		Manhã	Tarde	Noite
<b>2 - REALIZAR</b>				
APGIO PSICOLÓGICO		Manhã	Tarde	Noite
HIGIENE ORAL, CORPORAL E OCULAR		Manhã	Tarde	Noite
<b>3 - MANTER</b>				
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO		Manhã	Tarde	Noite
CONDIÇÕES PARA SONO E REPOUSO		Manhã	Tarde	Noite
CABECEIRA ELEVADA		Manhã	Tarde	Noite
<b>4 - ORIENTAR</b>				
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R		Manhã	Tarde	Noite
<b>5 - COMUNICAR</b>				
INTERCORRÊNCIAS		Manhã	Tarde	Noite
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>				
19/05/2016 05:00 OÇA ADMITIDA NESTA, NESTA UNIDADE HOSP, ONDE AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO. E SEGUE EM OBS. AVP MARIA DAS GRAÇAS EM MANUTENÇÃO SINTOMÁTICOS.				

COMPREV SEGUROS  
 PREVIDENCIA S/A.  
 26  
 23 JAN 2017  
 MARI

PROFISSIONAIS  
 RITA DE CÁSSIA DO NASCIMENTO FERREIRA DE QUEI (COREN 350444)

Rita de Cassia do N. F. de Queiroz  
 ENFERMEIRA  
 COREN 350.444

# PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1  
20/05/2016 07:56 AM

Nº Prescrição: 9611858      Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NA      Prontuário: 11580782      Data: 20/05/2016      Hora: 07:36  
Atendimento: 36135268      Leito: L1004      Convênio: HAPVIDA

**Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - PEDIATRIA**

1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Manhã	Tarde	Noite	
Sinais Vitais- Temperatura	06:00	12:00	18:00	21/05 00:00 18:00
TU	Manhã	Tarde	Noite	Noite
TG	Manhã	Tarde	Noite	
SAT O2	06:00	12:00	18:00	21/05 00:00 18:00
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite	
DIAGNOSE EXTREMIDADES	Manhã	Tarde	Noite	
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	06:00	12:00	18:00	21/05 00:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	06:00	12:00	18:00	21/05 00:00
PADRAO RESPIRATORIO	Manhã	Tarde	Noite	
2 - REALIZAR				
APOIO PSICOLÓGICO	Manhã	Tarde	Noite	
HIGIENE ORAL, CORPORAL E OCULAR	Manhã	Tarde	Noite	
3 - MANTER				
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Manhã	Tarde	Noite	
CONDIÇÕES PARA SONO E REPOUSO	Manhã	Tarde	Noite	
CABECEIRA ELEVADA	Manhã	Tarde	Noite	
6 - ORIENTAR				
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	Manhã	Tarde	Noite	
7 - COMUNICAR				
INTERCORRÊNCIAS	Manhã	Tarde	Noite	

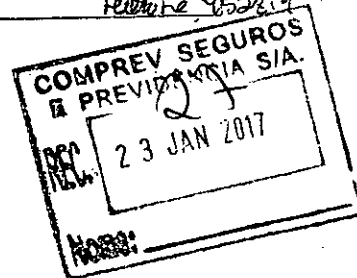
**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

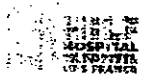
20/05/2016 07:49 Evolui afebril. Orientado. Eupnéico. Aceitando dieta oferecida. PO de fratura de tornozelo esquerdo. Boa diurese. Encontra-se de alta hospitalar, saiu de alta hospitalar com sua genitora.

FRANCISCA HELAINE

**PROFISSIONAIS**

MARIA AMELIA LEITE DIAS (COREN 253511)





# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

HOSPITAL SANTA HELENA SERVIÇOS HOSPITAL

19/05/2016 02:54

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME Atendimento: 36135269 Prontuário: 11586762 Convênio: MAPVIDA

Profissional(is): MARIA DA CONCEIÇÃO PROCÓPIO DA SILVA COREN 442515 Nº: 04542021 19/05/2016 às 02:42 Leito: 11004

## DADOS DO PACIENTE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	FRATURA DE TORNOZELO
IDADE	12 ANOS
SEXO	MASCULINO
LOCAL DE INTERNAÇÃO	OBSERVAÇÃO 2
PROVENIENTE	HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE
RESPONSÁVEL	SHEILA MAIA

## HISTÓRICO

FOI INTERNADO ANTERIORMENTE? QUAL MOTIVO?	QUANDO CRIANÇA
TEM ALÉRGIA A ALGUM MEDICAMENTO? QUAL?	PROFENID
TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?	NEGA
FOI INTERNADO ANTERIORMENTE? QUAL MOTIVO?	PROFENID
FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA? QUAL?	NEGA

## ANAMNESE

CURATIVO	AVP NO MSD
DRENOS	NENHUM
PARECER MÉDICO	NEGA
EXAMES PENDENTES	NEGA

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

E.I.A. N 12 ANOS.HD:FRATURA DE TORNOZELO EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO,RESPONDENDO A ESTÍMULOS SONO E REPOUSO PRESERVADO NO LEITO, EQUILIBRADO PSICOLÓGICAS PRESENTES,EM DIETA ZERO APARTIR DE MEIA NOITE PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR.JANSEN(OSTEOPN. DENTE) COM AVP DE MANUTENÇÃO+SINTOMÁTICOS NO MSD, SEQUELUS CUIDADOS DA EQUIPE

**COMPRESSE SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.**  
 23 JAN 2017  
 Maria da Conceição Procópio da Silva  
 COREN/CATIA



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

LUIZ FRANCA SERVICOS HOSPITAL

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME

Atendimento: 36135269

Prontuário: 11580782

Convênio: HAPVIDA

19/05/2016 06:04

Profissional(is):

EDNILTON NASCIMENTO  
ENFERMEIRO COREN 350.444

Nº: 04542487

19/05/2016

às 05:58

leito: L1004

## ORIENTAÇÕES EDUCACIONAIS

Descrição

CCA, 12 ANOS, PRÉ-OPERATÓRIO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. EVOLUI ALERTA, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ABDOME PLANO E FLÁCIDO, AFEBRIL, EUPNEICO EM AA. MANTÉM AVP EM MSD PARA HV+ SINTOMÁTICOS. ALÉRGICO A PROFENID (SIC). EM DIETA ZERO DESDE ÀS 24:00, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. MANTÉM CURATIVO EM MIE ÍNTEGRO. PROCEDIMENTO MARCADO NO CC PARA ÀS 12:00 (SIC). SEGUE SEM QUEIXAS E INTERCORRÊNCIAS. AOS CUIDADOS.

Rita de Cássia do N. E. de Queiroz  
ENFERMEIRA  
COREN 350.444

COMPREV SEGUROS  
& PREVIDÊNCIA S/A.  
23 JAN 2017



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

20/05/2016 06:31

LUIZ FRANCA-SERVICOS HOSPITAL

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIME Atendimento: 36135269 Prontuário: 11580782 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): Nº: 04565335 20/05/2016 às 00:00 leito: L1004

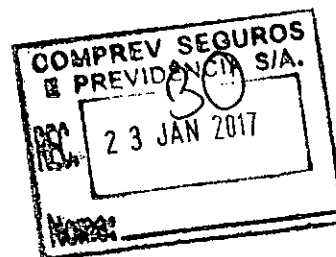
Descrição

CCA, RETORNOU DO CC, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, HIDRATADO, CORADO. AVP PARA HV + SINT. DIETA ZERO. AGUARDA DIURESE ESPONTANEA. SEGUE SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

leito - apresentar dor,  
MCPM.

Ana Proffa  
Enfermeira  
COREN 37668

Ana Proffa  
Enfermeira  
COREN 37668





Documentos de identificação



*Handwritten notes:* 1351353841 / 1351353841

*Handwritten notes:* 1351353841 / 1351353841

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

**EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO**

CPF: 861.913.803-72 DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1971

RENOME: MANOEL JOSEMAR DO NASCIMENTO  
 LUIZA LOPES DO NASCIMENTO

PROFISSAO: ACC. CATEGORIA: AD

RENOVACAO: 10/08/2021 VALIDACAO: 16/10/1996

62017709827

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1351353841

PROFISSÃO PLASTIFICAR  
 1351353841

REAB COLETIVO:  
 LICENÇA ATIV. RENOVADA:

*Assinatura: Edulton Lopes do Nascimento*

LOCAL: PORTALEIRA, CE DATA EMISSÃO: 31/08/2016

03658679676  
 0154907286

DETRAN - CE (CEARA)

COMPANHIA SACA  
 E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 23 JAN 2017

Nome: 40



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

**JOSIVAN FINTO BARROS**

DOC. IDENTIFIC. / CNH BARROS JF  
 98001011635 489 CE

CNPJ 500.067.453-85 DATA NASCIM. 16/05/1988

RENOMEADO JOSE GIVALDO BARROS  
 ELEM. FINTO BARROS

PROBADO ACC. CEMAS. AB

05070808420 17/01/2022 06/11/2016

OBSERVACAO:

PROBIDO PLASTIFICAR  
 VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1409491986

PROBIDO PLASTIFICAR  
 1409491986

FORTEALEZA, CE DATA EMISSAO 20/01/2017

17199142008  
 CE157697070

CEARA

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A.

REC. 23 JAN 2017

Nome:

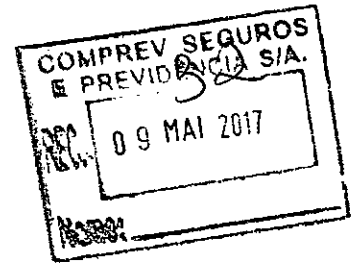
16/02/2017  
11:17

Cancelar processo

Adriana Giardinieri Carneiro (Seguradora Líder)  
cancelou o sinistro.

Nome da vítima incorreto.

Outros



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170257952 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 18/05/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/05/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ TORNOZELO ESQUERDO 50% DE 25%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

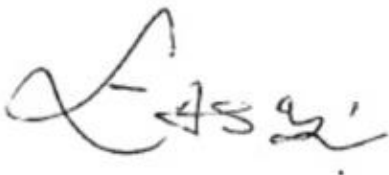
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170257952 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 18/05/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERCO DISTAL DE PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSOS METALICOS. FEZ 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DOR E AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** \*NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

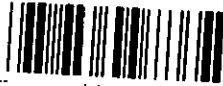
**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Procuracao



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

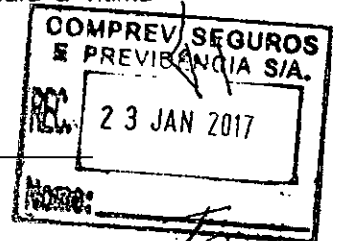
Nome: Eduilton Lopes do Nascimento  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: motorista  
Identidade: 890.700.2000-502 CPF: 461.913.805-72  
Endereço: Rua Carlos Chagas - 257 BONSUCESSO

OUTORGADO:

Nome: Josivan Pinto Barros  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Autônomo  
Identidade: 05070808420 CPF: 600067.453-85  
Endereço: Rua São Paulo Nº 32 Centro

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar documentos administrativos e judiciais, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Eduilton Lopes de Abreu do Nascimento



Fortaleza 20 de Dezembro 2016.

Local e data

CAVALCANTI FILHO

Eduilton Lopes do Nascimento

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Cavalcanti Filho Rua 7 de Setembro, 160 - CEP: 60.720-080 - Parangaba - Fortaleza - Ceará  
Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI Fone: (85) 3225-0541 Fax: 3245-1908 e-mail: ccavalcanti@netoanil.com.br  
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) aqui:  
EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO, 228 e dou fé. Em Teste: da verdade. Fortaleza-CE, 20 de dezembro de 2016-15:05:40. Cód.: 00345118-05  
Regina Marcia da Guia Farias-Escrevente Autorizada  
Grô 1 - Emolumentos: R\$ 2,30 Taxas: R\$ 1,30 Total: R\$ 3,60  
Válido somente com selo de autenticidade

CAVALCANTI FILHO