

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

Vitima: 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, 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, 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 inicio 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,



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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 11177315

A/C: EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3170257952 ASL-0176622/17
Vitima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170257952 - 1

Nome do(a) Examinado(a): EDUILTON 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 complicações.

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.

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

SIM NÃO

Existindo sequela(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, §1º 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 sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis 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)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

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.

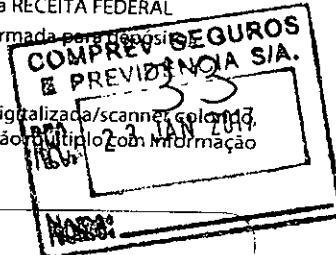
EU, Edulilton Lopes do Nascimento
 PORTADOR(A) DO RG Nº 000177099-87 EXPEDIDO POR Notório - le EM 31/08/16
 CPF 461913803-72 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Motorista
 E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edulilton Lopes de Abreu 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,

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 Lotáticas 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), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para emissão de comprovante de pagamento;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito 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

CP

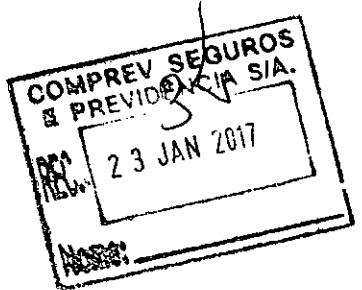
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Recados 0017

Boletim de ocorrência



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

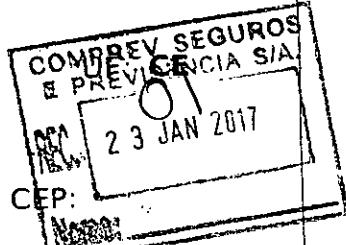
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 8497 / 2016

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: **EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO**
Nascimento: **20/09/2003** CPF: **20088606940** Orgão Emissor: **SSPDS**
RG: **96015037864** Filiação: **SHEILA MAIA DE ABREU DO NASCIMENTO**
EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA CARLOS 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** UF:
Filiação: **FRANCISCA BATISTA MAIA DE ABREU**
ARISTEDES RICARDO DE ABREU
Endereço: **RUA CARLOS CHAGAS, 257**
Bairro: **BONSUCESSO** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **3292-2834**
País: **BRASIL**

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 :

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

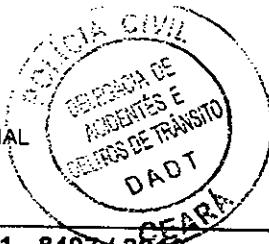
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Sheila Maia de Abreu do Nascimento

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 N° 301 - 8497 / 2016

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

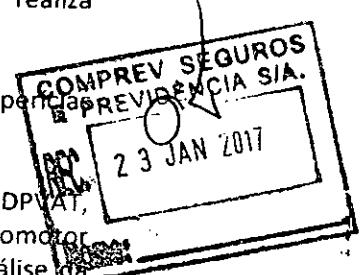
Eu, Eduilton Lopes do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 020 177 099 27 e inscrito no CPF/MF sob o nº 461.913.803-72, residente e domiciliado na Rua Carlos Chagas N° 257, Cidade Fortaleza, Estado Ceará

declare, 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

Fortaleza - CE 27/12/16

Local e data

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUILTON LOPES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00031

CONTA: 00000604710-7

Nr. da Autenticação FAD4FD1C1D39C27D



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/05/2016 20:27

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



CONFIRME O PRONTUÁRIO

Assinatura

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE

Este é o 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 Jópox do Nascimento

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

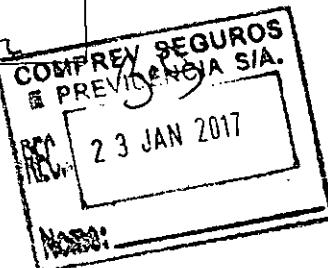
CPF nº 461.913.803-72 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Carlos Chagas</u>
Número	<u>257</u>
Apto / Complemento	<u>000a 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 Jópox do Nascimento



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

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO

Quantidade Tarifa Valor (R\$)
181 0,70649 127,87

DATAS DE LEITURA

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

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,66)

10,26

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

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

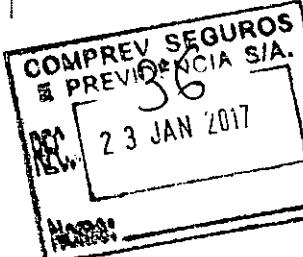
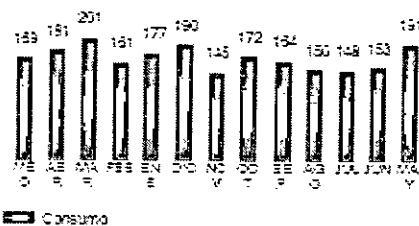
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 36,10

Conjunto BONSUCESSO

Mês **FEV/ 2017**

Mês	Padrão Mensal	Individuais			Apuração Individual		
		Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
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			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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**

83870000001-0 38130031000-0 00035247220-0 01084318221-8





• Coelce
agora é 

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N°
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdecyano, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.017.261/0001-70 | CGF 06 106 848-3

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de
ABR/2017

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

Rota 01 01110 20 075000
Nome JOSIVAN PINTO BARROS
Endereço Postal

Medidor
2425147
Poste
0000 A18N

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 Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

6467	6342	1	125	0	125
------	------	---	-----	---	-----

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

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

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

125 0,73649 92,06

OUTROS PAGAMENTOS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

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

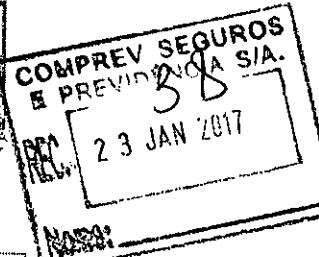
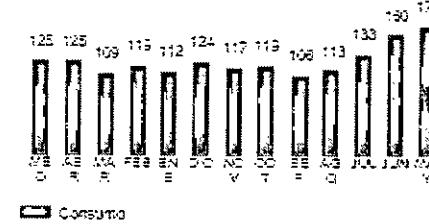
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,68

Conjunto CENTRO

Mês FEV/ 2017

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

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

83880000001-1 19810031000-9 00055877640-0 00454346252-0





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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

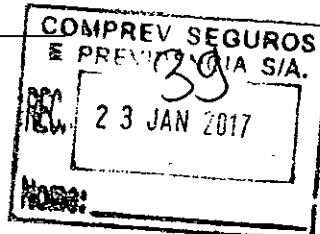
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Josivam Pinto Barros, portador(a) do RG nº 05070808420, expedido por Dechan - Deusa -, em 20 / 01 / 17, CPF/CNPJ nº 600.067.453-85, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Eduilton hopes do Nascimento do sinistro de DPVAT da natureza 3PA da vítima Eduilton igor da 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

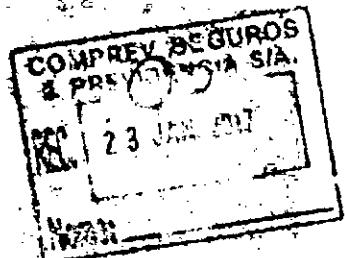
ASSINATURA – PROCURADOR/ INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Declaro com o paciente EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO esteve neste ambiente hospitalar, passando por atendimentos clínico (ATEND: 36134976 consulta dia 18/05/2016 e ATEND: 36135269 [internação dia 19/05/2016]) o mesmo estando com o nome cadastrado incorretamente no sistema EDNILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO.



Porto Alegre, 29 de outubro de 2016

ANTONIO
PRUDENTE

FORMA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
36134427

!G00>"

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

Prontuario	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11580782	EDUILTON YGOR DE ABREU DO NASCIMENTO	M	20/09/2003	13
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
9 SSP CE	46191380372		2-SOLTEIRO	

Endereço

R CARLOS CHAGAS,257 - BONSUCESSO, FORTALEZA(CE) CEP 60541704

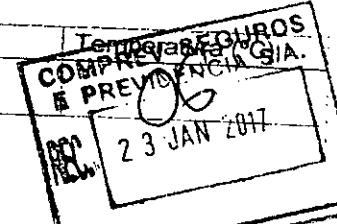
Telefone Residencial Telefone Trabalho
987038618

DADOS DO CONVENIO

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

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 C/ PRONTUARIO

M. Gomes 4478

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/05/2016 21:26

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO Atendimento: 36134427 Prontuário: 11580782 Convênio: HAP/CPDA

Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO NP: 04539010 18/05/2016 às 21:26 leito:

CRM 13246

ANAMNESE

Queixa Principal

VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA MÍNIMO

CID10

M255 DOR ARTICULAR

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

M255 DOR ARTICULAR



CONFIRME O PRONTUÁRIO

Mauro
Assinatura



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



ATESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **EDUILTON 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. FOI ALTA, PACIENTE COM BOA RECUPERACAO

CID: M255

11/07/16

Dr. Jansen Vasconcelos
Ortopedia
CRM 12575



DR JANSEN VASCONCELOS
ORTOPEDIA INFANTIL
CRM 12575

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins de perícia médica no INSS que o paciente **EDUILTON 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
ORTOPEDIANERJ
CRM 12575~~

DR. JANSEN OSTERTNO VASCONCELOS

Médico Ortopedista e Traumatologista Pediátrico
CREMEC 12575 // SBOT 13608



Fortaleza, 19 de SETEMBRO de 2016

HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
LUIZ FERREIRA

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
36134976



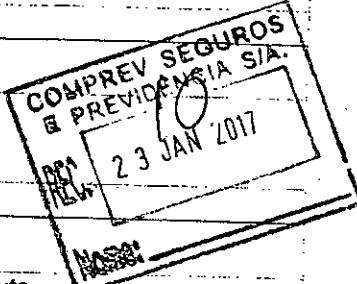
ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

25/07/2016 15:05:21

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

DADOS DO CONVENIO

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



DADOS DO ATENDIMENTO

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

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

CONFARÉ O PRONTUÁRIO
Assinatura
Marlene 498



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

19/05/2016 00:00

LOJZ FRANCA SERVIÇOS HOSPITAL

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO Atendimento: 36134976 Prontuário: 11580782 Convênio: HAPNDA
Profissional(is): JOSANE CRISTINA MAIA CRM 13702 NP: 04540993 18/05/2016 às 23:48 Isento:

EXAMES:

Exame: Principal

FRATURA DE TORNOCÉL

CID: 0

S82 FRAT DA PERNAS INCL TORNOCÉL

DIAGNÓSTICO:

Hipótese Diagnóstica

CID: 0

S82 FRAT DA PERNAS INCL TORNOCÉL

~~CONFIDENCIAL~~



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

25/07/2016 15:06:01

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: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	Matrícula	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

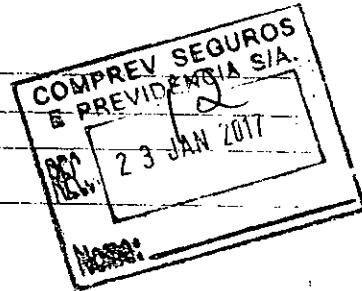
Convenio

3532-HAPVIDA

Carteira

67725000053016019

DADOS DO CONVENIO
 Plano **DFT LOGISTICA E SERVICOS LTDA**
 5-NOSSO PLANO ENFERMARIA - **COLETIVO**



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	I54255809	RAIOX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Wanderley 1198

NOTA DE SALA

KIT 4157495

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

Descrição	Qtde	Código	Especificação	Qtde
REAGIS MEDICO - HOSPITALARES			Medicamentos	
A. OX GENADA FRAS 1000 ML	30	35181	ATROFOPINA 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
10L 10% TOPICO FRAS 1000 ML	100	38008	DIPRIVAN 1 G AMPL 2 ML	1
ICL 1 DADO FRAS 1000 ML	100	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
10AO HIDROFIL - 500 GR	20	139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
URA DE CREPCM 15 CM - 1 UD	4	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	1
TER INTRA VENOSO 22 (ELCO) - 1 UD	1	154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD	1
REXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	250	120106	ONDANSETRINA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
REXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	300	41564	PLAMET 10MG AMPL 2 ML	1
REXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	300	07593	SEVORANE 250ML FRAS 250 ML	1
VIPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	2	43796	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250 ML TUBO 250 ML	5
RCDO PIMONITOR DESCARTAVEL - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
PO SIMPLS C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			1
2 ADPAPO TUBO 450 CM	60			
FRAS 1000 ML	50			
ISOR 40 CM PNEO C/2 VIAS - 1 UD	1			
VICRIL 4-0 - 1 UD	1			
IXX 0 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	50	19	Gases / Aparelhos	
RO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5	20	TAXA DE SALA	Inicio: 21:00 Fim: 22:00
VALDE BISTURI 15 - 1 UD	1	20	OXIGENIO	Inicio: 21:00 Fim: 22:00
DESC. ESTERIL 7,5 MUCAMBO - 1 PA	3	21	MONITORIZAÇÃO	Inicio: 21:00 Fim: 22:00
DESC. ESTERIL 8,0 MUCAMBO - 1 PA	2	21	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	Inicio: 21:00 Fim: 22:00
CARA DESCARTAVEL TRIPLO CAMADA C/ITRAS PCT 100 UD	5	22	VAR COMPROMIDO	Inicio: 21:00 Fim: 22:00
OPCRE 25X16 TUBO 1000 CM	80		OXIMETRO DE PULSO	Inicio: 21:00 Fim: 22:00
FJSO CANULADO 4,5MM - 1 UD	2			
DINE DEGERMANTE FRAS 1000 ML	350			
DINE TOPICO FRAS 1000 ML	250			
ES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
IGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
IGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
ERA 03 VIAS - 1 UD	1			
SOFI - 1 UD	1			



Empresario: 19151 VIDA IMAGEM FORTAL
Setor: 135500 RAJOX - HLF
Endereço:

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

Atendente: 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
Atividade Principal: INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

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

Corrente: HAPVIDA
No. Carteira: 67725000053016019

Paciente: INTERNO
Motivo: EMERGENCIA

Itens Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	Qt	VI Unit	VI Total
1204001 RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - LADO ESQUERDO	142536	JANSEN OSTEON VAS		1	0.00	0.00

INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

3613526931

Quantidade Total de Exames Solicitados	1	Valor Total de Exames Solicitados:	0.00
--	---	------------------------------------	------

Telefone 6332112169

Observações:

ENTREGA DE RESULTADOS APÓS 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

Pagina 1 de 1
19/05/2016 06:37 AM

Nº Prescrição: 9601062	Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO N°	Prontuário: 11580782	Data: 19/05/2016
Atendimento: 36135269	Leito: L1004	Convênio: HAPVIDA	

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - PEDIATRIA

1 - INSPECIONAR/REGISTRANDO

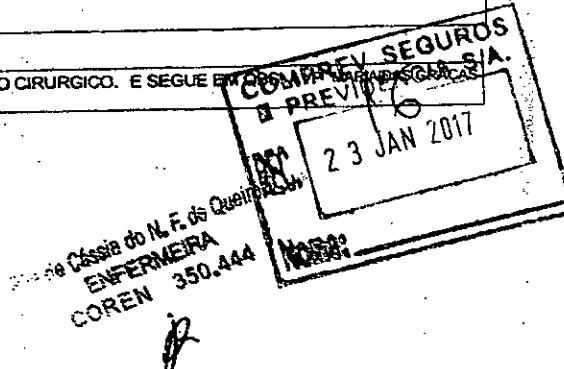
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	06:00	36.1 °C	12:00 18:00 20/05 00:00
T.U.	Manhã	Tarde	Noite
T.SI.	Manhã	Tarde	Noite
SAT O2	06:00	99	12:00 18:00 20/05 00:00
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
CIANOSE EXTREMIDADES	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	06:00	21 bpm	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			
APGAR PSICOLÓGICO	Manhã	Tarde	Noite
HIGIENE ORAL, CORPORAL E OCULAR	Manhã	Tarde	Noite
3 - MANUTER			
ACESSO VENOSO PÉRVO E IDENTIFICADO	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 CCA ADMITIDA NESTA, NESTA UNIDADE HOSP, ONDE AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO. E SEGURO EM ORDEM PARA DISGRAFIA. EM MANUTECÃO SINTOMATICO.

PROFISSIONAIS

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



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
20/05/2016 07:56 AM

Nº Prescrição: 9611858	Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO N°	Prontuário: 11580782	Data: 20/05/2016
Endereço: 36135269	Leito: L1004	Convênio: HAPVIDA	Hora: 07:36

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 02	06:00	12:00	18:00	21/05 00:00 18:00
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite	
CLIANOSE 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
PÁDRAO RESPIRATÓRIO	Manhã	Tarde	Noite	
2 - REALIZAR:				
APOIO PSICOLÓGICO	Manhã	Tarde	Noite	
HIGIENE ORAL, CORPORAL E OCULAR	Manhã	Tarde	Noite	
3 - MANTER				
ACESSO VENOSO PÉRVO 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. Eupnélico. Aceitando dieta oferecida. PO de fratura de tornozele esquerdo. Boa diurese. Encontra-se de FRANCISCATELLEIRA
ata hospitalar, saindo de alta hospitalar com sua genitora.

PROFISSIONAIS

MARIA AMELIA LEITE DIAS (COREN 253511)



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE
ENFERMAGEM

Página 1 de 1

EDUARDO VIEIRA SANTOS

19/05/2016 02:54

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO Atendimento: 36135269 Prontuário: 11586782 Convênio: HAPVIDA

Profissional(s): MARIA DA CONCEIÇÃO PROCÓPIO DA N°: 04542021 19/05/2016 as 02:42 leito: L1004
SILVA COREN 442515

DADOS DO PACIENTE

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

HISTÓRICO

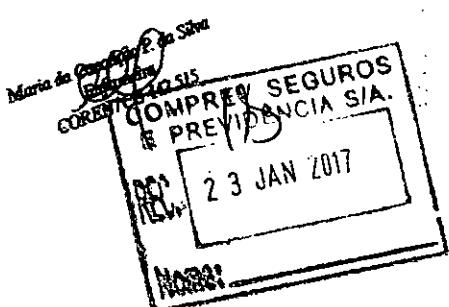
FOI INTERNADO ANTERIORMENTE? QUAL MOTIVO?	QUANDO CRIANÇA
TEN ALÉRGIA A ALGUM MEDICAMENTO? QUAL?	PROFENID
TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?	NEGA
FOI INTERNADO ANTERIORMENTE? QUAL MOTIVO?	PROFENID
FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA? QUAL?	NEGA

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. HC:FRATURA DE TORNOCÉLIO E EMBOLIA CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPONDENDO A ESTÍMULOS SÓNICOS E REPOSO PRESERVADO NO LEITO. ELIMINAÇÃO DE SÍMPTOMAS PRESENTES, EM DIETA ZERO APARTIR DE MEIA NOITE PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM DR. JANSSEN (STEPHEN CRISTE) COM AVP DE MANUTENÇÃO+SINTOMÁTICOS NO NEXO. REGIME: NOS CUIDADOS DA EQUIPE
------------------------	--





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

LUIZ FRANCA SERVICOS HOSPITAL

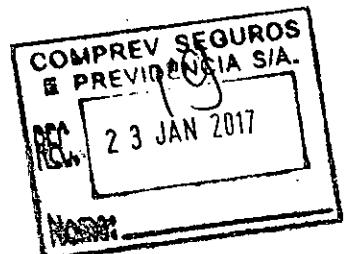
Acionador: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO Atendimento: 36135269 Prontuário: 11580782 Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): RITA DE OLIVEIRA DO NASCIMENTO N°: 04542487 19/05/2016 às 05:58 leito: L1004
SERVIDOR DE SAÚDE QUE CREDENCIAMENTO

ORIENTAÇÕES E ADIGOMAS

Descrição

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

Rita de Cássia do N. F. de Queiroz
ENFERMEIRA
COREN 350.444
B2



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

20/05/2016 06:31

112-FRANCA-SERVICOS-HOSPITAL

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO Atendimento: 36135269 Prontuário: 11580782 Convenio: HAF-VIA

HC: 04565335 20/05/2016 às 00:00

Protocolo: 11580782

Convênio: HAPVIDA

HC: 04565335 20/05/2016 às 00:00

left: L1004

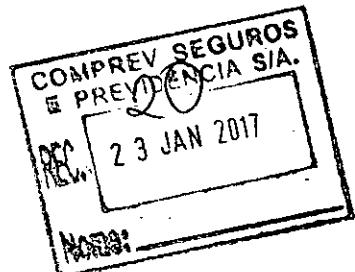
Resposta

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.

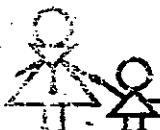
24hs - apresentar den
MCPM - *Brasil*

~~7-1447-37604~~

ANNE PROSSA
Enfertera
0000076656



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA



LUIZ FRANCA
SERVICO HOSPITAL
LUIZ FRANCA

Nome: Ednilton Igor de Abreu do Nascimento Idade: 12
Prontuário: 11580782 Data de admissão: / /
Médico: Dr. Júnior
Acomodação: PONTO 01

DADOS DA ADMISSÃO

Data da cirurgia: 19/05/16

Horário:

Cirurgia: Ablativa de Tumoreto

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 adomos/prótese e guarda adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação de lateraldade 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"/>
Praticância até 2h antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSINATURA:			

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista 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 type="checkbox"/>
Prontuário ativo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via aérea difícil / risco de aspiração.	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>
Chegagem completa dos equipamentos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chegagem 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: Profenid							

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/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"/>

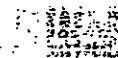
ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

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"/>
Antibioticoprofilaxia 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"/>

COMPROV. SEGUROS
■ PREVIDENCIÁRIA
23 JAN 2017

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/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"/>
Entrega da guia e/ou relatório pelo médico cirurgião.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRICO

Página: 1 de 1

LUIZ FRANCA SERVICO HOSPITAL

19/05/2016 02:42

paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO Atendimento: 36135269 Prontuário: 11580782 Convênio: HAPVIDA

Profissional: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA DA NEVES 04/2016 10/2016

4. PÓS OPERATÓRIO

4.1 Nível de consciência

Agitado Vigil
Calmão Narcose
Sonolento Semi-narcose

4.2 Tipo de respiração

Espontânea s/ suporte de O₂
Espontânea c/ suporte de O₂
Artificial

4.3 Extremidades

Frias
Pefundidas
Pegajosas

4.4 Curativos cirúrgicos

Limpo e seco
Pouco úmido
Bastante úmido

4.5 Dispositivos

Irrigação Sonda Vesical Cateter Peridural
SNG Aberta Fechada
Dreno Tipo _____ Produtivo Inprodutivo
Outro Especificar _____

4.6 Sinais Vitais na Admissão

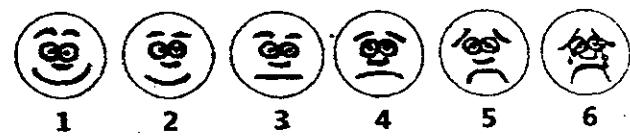
Horário 22:30 °C
Pulso 130 bpm
Saturação 99% mmHg

Temperatura _____ °C
Respiração _____ rpm
PA 112 x 60 mmHg

4.7 Escala de Aldrete Kroulik

Consciência	Respiração
2 - Desperto totalmente	2 - Respira profundamente
1 - Desperto ao chamar	1 - Dispnéia
0 - Não responde estímulos	0 - Apnéia
Alimentação	Sorv.
2 - Apto a mover 4 extremidades	2 - > 92% respirando ar
1 - Apto a mover 2 extremidades	1 - > 90% com O ₂
0 - Incapaz de se mover	0 - < 90% com O ₂

Escala de dor (Escala de Aldrete Kroulik)



Sem Dor

Dor Máxima

Condições de encaminhamento do paciente

4.8 Nível de consciência

Agitado Vigil
Calmão Narcose
Sonolento Semi-narcose

4.9 Extremidades

Frias
Pefundidas
Pegajosas

4.10 Curativos cirúrgicos

Limpo e seco Ostomia
Pouco úmido
Bastante úmido

4.11 Abdômen

Plano Timpânico
Distendido
Flácido

4.12 Dispositivos

Irrigação Sonda Vesical Cateter Peridural
SNG Aberta Fechada
Dreno Tipo _____ Produtivo Inprodutivo
Outro Especificar _____

4.14 Encaminhar para:

Unidade de internação Especificar DORTO 01
UTI Especificar _____
Emergência Especificar _____
Alta hospitalar Especificar _____
Enfermeiro (a) / COREN _____

Horário 23:20

DATA 01

ESPAÇO

COMPRENSO SEGUROS
E PREVIDÊNCIA SIA
23 JAN 2017

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: EDUILTON 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

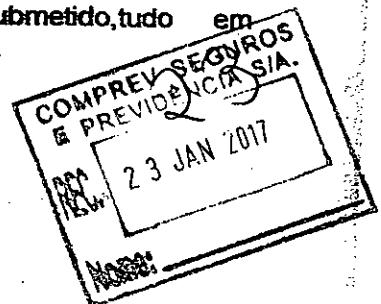
O signatário, após devidamente identificado de todos os riscos do tratamento acima especificado, optou pela adoção de tal prática médica, por entender que esta constitui a melhor assistência a ser dispensada ao paciente, responsabilizando-se integralmente por sua decisão.

O paciente e/ou seu responsável declararam, 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



BOLETIM DE ANESTESIA

Entrevista Igor de Alencar Moura

: ۱۸۷۸:

LEADER OF THE

Nº PRONTUÁRIO:

- 2 -

TERMINO:

DURAÇÃO:

DOCUMENTOS REALIZADOS:

REVUE MÉDICALE

W. J. Smith

Mr. Augusto

	TIPO	QUANTIDADE
SORO GLUCOSADO		
RINGER LACTADO		
SORO FISIOLOGICO	1	500ML
SANGUE		
PLASMA		
GLUCOSE		
ALBUMINA		
MANITOL		
LASIX	1	
ADRENALINA		
DOPAMINA		
NIPRIDE	1	
DOBUTAMINA		
HEPARINA		
PROTAMINA	1	
AMINOFILINA		
BICARB. NA		
GLUCONATO CA		
CLORETO K		
SOLUCORTEF		
DECADIRON		
PLASIL		
ZOFRAM		
SCALPE		
EQUIPE SORO	1	
EQUIPE SANGUE		
EQ. MICROGOTAS		
EXTENSOR	1	
SONDA NASOGASTRICA		
SONDA ENDOTRAQUEAL		
SONDA ASP. TRAQUEAL		
SERINGA DESCARTAVEL		
ASALHA DESCARTAVEL		
ASALHA RADII		
AGULHA PERIDURAL		
CATETER VENOSO		
CATETER PERIDURAL		

Fortaleza,

19, 05, 16

(1) *White Cross*

Empresa: 19151 VIDA IMAGEM FORTAL
Setor: 135500 RAIOS-X - HLF
Endereço:

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

Identificação: 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
Atividade Principal: INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

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

Corrida: HAPVIDA
No. Carteira: 67725000053016019

Paciente: INTERNO
Motivo: EMERGÊNCIA

Nome nas Solicitações	Guia	Medico Solicitante	Senha	Qt	VI Unit	VI Total
204051 RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - LADO ESQUERDO	142536	JANSEN OSTEOPNO VAS		1	0.00	0.00

INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

3613526931

Quantidade Total de Exames Soltos	1	Valor Tl de Exames Soltos:	0.00
-----------------------------------	---	----------------------------	------

Telefone: 6532112169

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

Pagina 1 de 1
19/05/2016 06:37 AM

6º Prescrição: 9601062	Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO Nascimento	Prontuário: 11580782	Data: 19/05/2016	Hora: 05:52
Atendimento: 36135269	Leito: L1004	Convênio: HAPVIDA		

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - PEDIATRIA

1 - INSPECIONAR/REGISTRAR

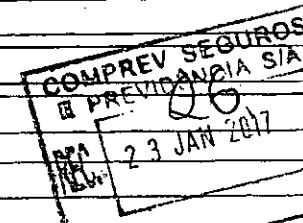
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	-06:00-	36.1 °C	12:00 18:00 20/05 00:00
TJ	Manhã	Tarde	Noite
TG	Manhã	Tarde	Noite
SAT 02	-06:00-	99	12:00 18:00 20/05 00:00
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
CLIANOSE EXTREMIDADES	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	-06:00-	21 resp/12:00	18:00 20/05 00:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	-06:00-	118 bpm	12:00 18:00 20/05 00:00
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Manhã	Tarde	Noite
2 - REALIZAR			
APGAR PSICOLÓGICO	Manhã	Tarde	Noite
HIGIENE ORAL, CORPORAL E OCULAR	Manhã	Tarde	Noite
3 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVENTO E IDENTIFICADO	Manhã	Tarde	Noite
CONDICÕES 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 CÇA ADMITIDA NESTA, NESTA UNIDADE HOSP, ONDE AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. E SEGURO EM OBS. AVP MARIA DAS GRAÇAS EM MANUTEÇÃO SINTOMÁTICOS.

PROFISSIONAIS

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




 Dr. Cassia do N. F. de Queiroz
 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° Prontuário: 11580782 Data: 20/05/2016 Hora: 07:36
Atendimento: 36135266 Leito: L1004 Convênio: HAPVIDA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - PEDIATRIA

1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO

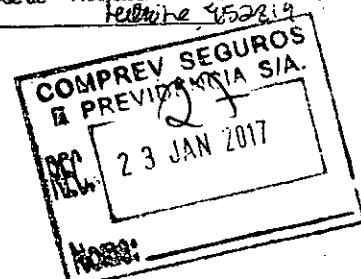
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	06:00	12:00	18:00
TU	21/05	00:00	18:00
TG	Manhã	Tarde	Noite
SAT 02	06:00	12:00	18:00
21/05	21/05	00:00	18:00
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
CHANOSE EXTREMIDADES	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	06:00	12:00	18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	06:00	12:00	18:00
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Manhã	Tarde	Noite
2 - REALIZAR	Manhã	Tarde	Noite
APOIO PSICOLÓGICO	Manhã	Tarde	Noite
HIGIENE ORAL, CORPORAL E OCULAR	Manhã	Tarde	Noite
3 - MANTER	Manhã	Tarde	Noite
ACESSO VENOSO PÉRVO E IDENTIFICADO	Manhã	Tarde	Noite
CONDIÇÕES PARA SONO E REPOUSO	Manhã	Tarde	Noite
CABECEIRA ELEVADA	Manhã	Tarde	Noite
4 - ORIENTAR	Manhã	Tarde	Noite
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	Manhã	Tarde	Noite
5 - COMUNICAR	Manhã	Tarde	Noite
INTERCORRÊNCIAS	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

20/05/2016 07:49 Evolui afebril. Orientado. Espnéico. Aceitando dieta oferecida. PO de fratura de tornozelo esquerdo. Boa diurese. Encontra-se de FRANCISCA HELAINE
alta hospitalar, saiu da alta hospitalar com sua genitora. *telêfone 152819*

PROFISSIONAIS

MARIA AMELIA LEITE DIAS (COREN 253511)





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

JUBI FRANCA SERVICIOS HOSPITAL

13/05/2016 02:54

EDMILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO Atendimento: 36135269 Prontuário: 11540720 Consulta: MARVADA

Profissional(is): MARIA DA CONCEIÇÃO PROCÓPIO DA N°: 04542021 - 19/05/2016 - às 02:42 - leito: L1004
SILVA COREN 442515

DETALHES DO PACIENTE

HISTÓRICO CLÍNICO: DIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE TORNозELA

IDADE 12 ANOS

SEXO **MASCULINO**

LOCAL DE INTERNAÇÃO **OBSERVAÇÃO 2**

PROVENIENTE : HOSPITAL AN

HISTORICO

SO INTERNADO ANTERIORMENTE? OUAL MOTIVO? QUANDO CRIANÇA

TEG ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO? QUIL?

TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? NEGA

FOI INTERNADO ANTERIORMENTE? QUAL MOTIVO? PROVENIENTE DE

FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA? QUAL? **NEGA**

— **ARMENIAN** —

SURATIVO **AVP NO MSD**

DRENOS **NENHUM**

PARECER MÉDICO **NEGA**

FINANCIAL INFORMATION

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

E.I.A.N 12 ANOS.HD:FRATURA DE TORNOZELO E VÉTE
CONSCIENTE E ORIENTADO,RESPONDENDO A ESTÍMULOS FÍSICOS
E REPOSO PRESERVADO NO LEITO,ECUINAS E DROGAS CIRÚRGICAS
PRESENTES,EM DIETA ZERO APARTIR DE MEIA NOITE PARA
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM DP JANSSEN USTERNA (DENTE)
COM AVP DE MANUTENÇÃO+SINTOMÁTICOS NO MÉD PERÍODO ANS
CUIDADOS DA EQUIPE



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

LUIZ FRANCA SERVICOS HOSPITAL

paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO Atendimento: 36135269 Prontuário: 11580782 Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): READERA DE ENFERMAGEM TOLEDO, ENFERMEIRO DE COREN 350.444 N°: 04542487 19/05/2016 às 05:58 leito: L1004

ORIENTAÇÕES E DIREÇÕES

Descrição

CCA, 12 ANOS, PRÉ-OPERATÓRIO DE FRATURA DE TORNozELO ESQUERDO. EVOLUI ALERTA, NORMOCORADO, ACANÓTICO, ANICTERICO, ABDOME PLANO E FLÁCIDO, AFEBRIL, EUPNEICO EM AA. MANTÉM AVP EM MSD PARA HV+ SINTOMÁTICOS. ALÉRGICO À PROPFENID (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). SEGUO SEM QUEIXAS E INTERCORRÊNCIAS. AOS CUIDADOS.

Refa de Cessia do N. F. do Quirig
ENFERMEIRA
COREN 350.444



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

20/05/2016 06:31

LUIZ FRANCA SERVIÇOS HOSPITAL

Paciente: EDNILTON IGOR DE ABREU DO NASCIMENTO Atendimento: 36135269 Prontuário: 11580782

Convênio: HAPVIDA

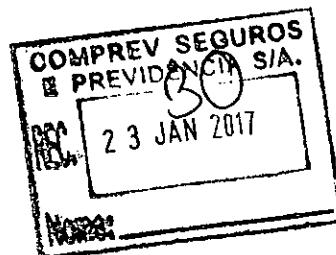
Profissional(s): **ANARESSE FELA** N°. 04565335 20/05/2016 às 00:00 Leito: L1004

Descrição: **CCJA, RETORNO DO CC, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, HIDRATADO, CORADO. AVP PARA HV + SINT. DIETA ZERO. AGUARDA DIURESE ESPONTANEA. SEGUO SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.**

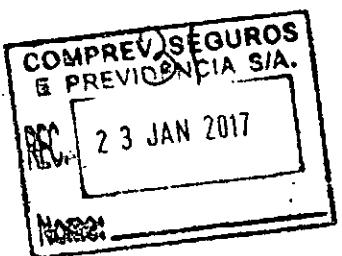
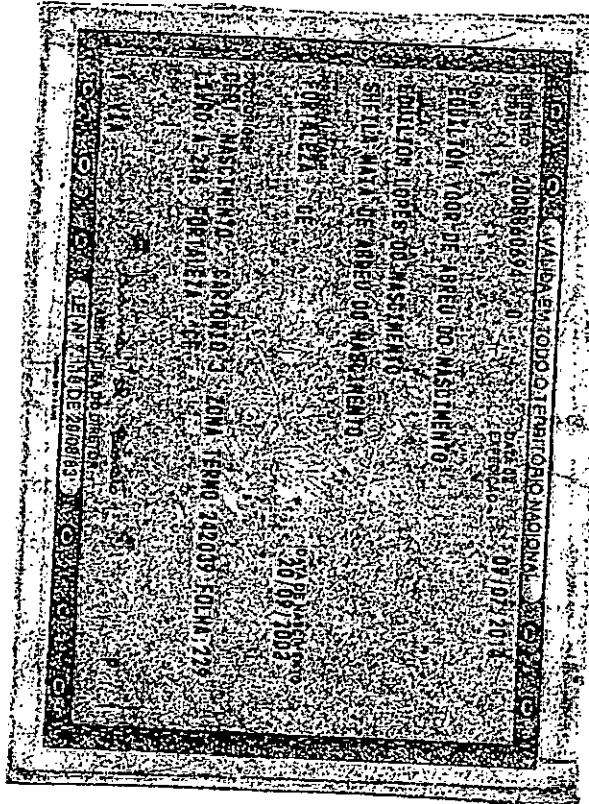
26/05 - apresentou dor
MCPM.

*Anaresse Fela
Enfermeira
CCJA 37668*

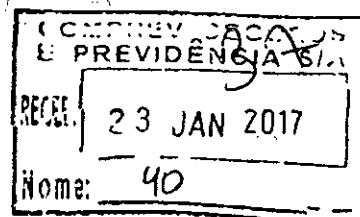
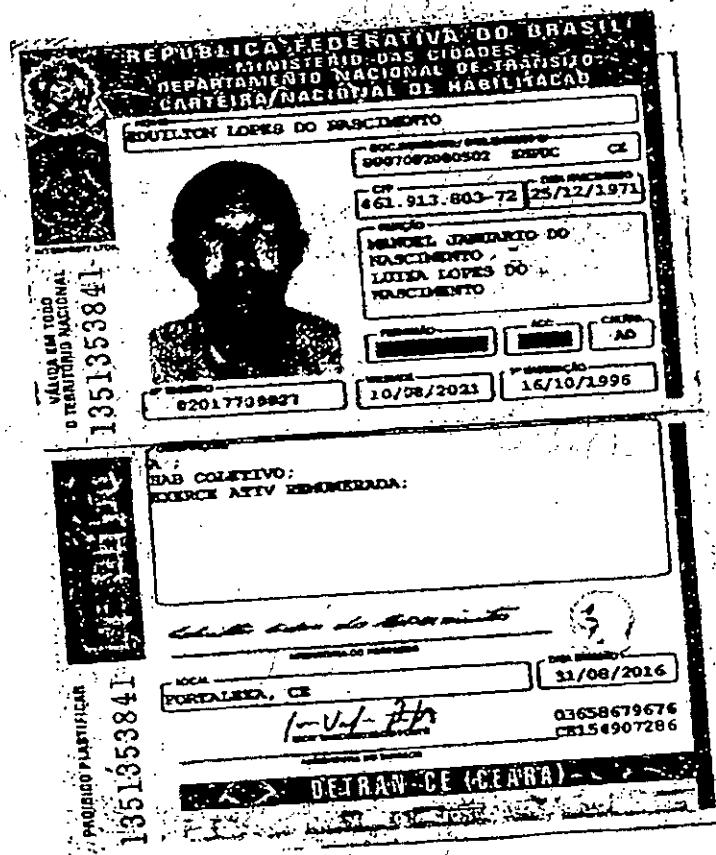
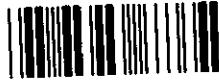
*RTLA - Prof. Fela
Enfermeira
CCJA 37668*

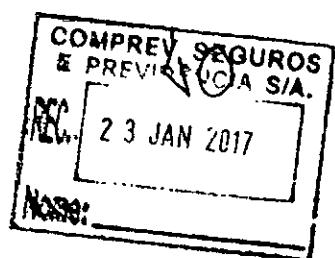
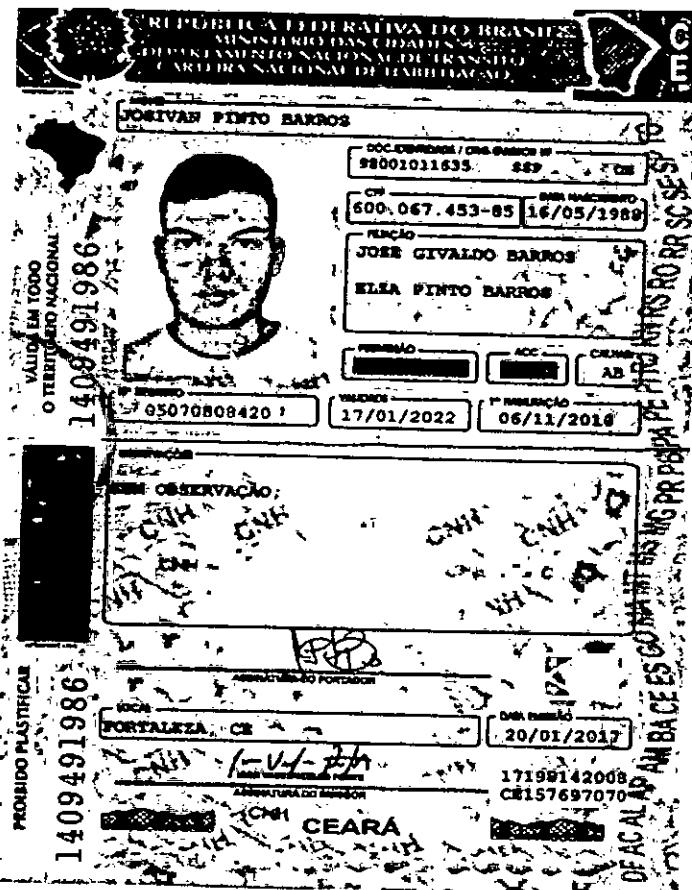


Documentos de identificação



Documentos de identificação





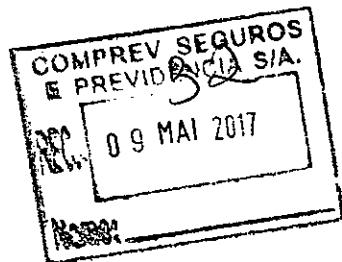
16/02/2017
11:17

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

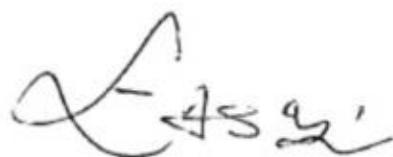
VISÃO MÉDICA LTDA

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

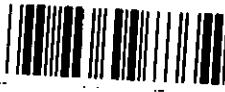
CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Eduilton Lopes do Nascimento
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: motorista
Identidade: 890.700.2000 502 CPF: 461.913.803-72
Endereço: Rua - Carlos chagas - 257 BONSUCESSO

OUTORGADO:

Nome: Fábiovan Pinto Barros
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Autônomo
Identidade: 05070808420 CPF: 600.067.453-85
Endereço: Rua São Paulo N°:32 Centro

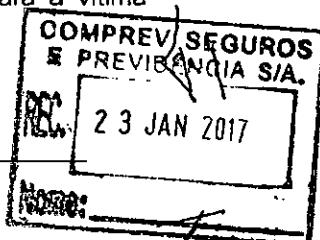
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de 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 do Nascimento

CAVALCANTI FILHO

Fortaleza 20 de Dezembro 2016.

Local e data



Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

