

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180481138      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO FERNANDES DA SILVA      **Data do acidente:** 05/01/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** **TIAGO FERNANDES DA SILVA**

**Nº Sinistro:** **3180481138**

**Vitima:** **TIAGO FERNANDES DA SILVA**

**Data do Acidente:** **05/01/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180481138**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

065.706.113-13

Tiago Fernandes da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
TIAGO FERNANDES DA SILVA	065.706.113-13	Pm do Leão
Endereço	Número	Complemento
RUA AUGUSTO FILHO	1090	
Bairro	Estado	CEP
Vila VELTA	LEÃO	60399-070
Email	Telefone (DDD)	
	8596664513	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

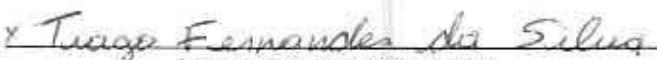
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 19 de OUTUBRO de 2018

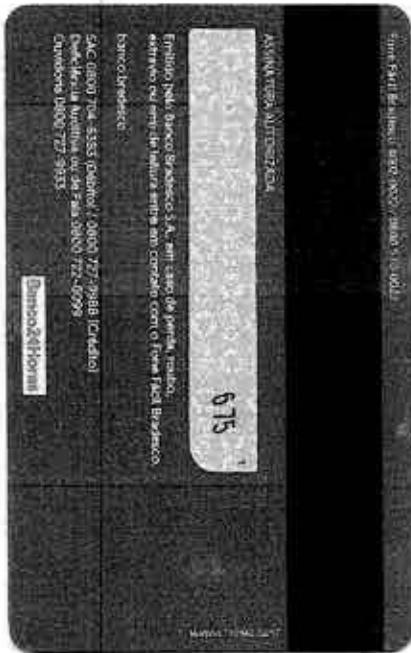
Local e Data

COMPRE SEU SEGURO  
E PESQUISE SEU AGENTE  
11 OUT 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



Impresso nº 2018140872

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 43647/2018

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **09/10/2018 13:08:39**

Data / Hora da Ocorrência: **05/01/2018 13:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA TULIPA**

Complemento:

Bairro: **JARDIM IRACEMA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TIAGO FERNANDES DA SILVA**

Nascimento: **14/12/1993** CPF: **065.706.113-13**

RG: **2005010264738** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **ROSILENE FERNANDES DA SILVA**

**ANTONIO PAULINO DA SILVA FILHO**

Endereço: **RUA AUGUSTO FILHO, 1090**

Bairro: **JARDIM GUANABARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP: **60.345-836**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98664-5113**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIK9697** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

**9C2KC1660CR561866** Renavam: **487832442** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano

Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **FILIPE REGIS DE SOUSA BENTO** Situação:

**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

### Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OIK-9697-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA TULIPA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA VIATURA DO COTAM DA POLICIA MILITAR, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NA UPA DO PIRAMBU. E NADA MAIS DISSE.///  
OBS.: Falsa comunicação é crime previsto no art. 340 do CPB.  
PRAZO 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:**

*Tiago Fernandes da Silva*



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



Impresso nº 2018140872

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4364 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Tiago Fernandes da Silva</i>	CPF da Vítima <i>065.706.113-13</i>	Data do Acidente <i>05/01/2018</i>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*COMPREV SEGUROS*  
E PREVIDENCIAS  
11 OUT 2018

*Fonteles* , 11 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

*Tiago Fernandes da Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PIRAMBU

**FICHA DE ATENDIMENTO**

**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Nome: TIAGO FERNANDES DA SILVA

Prontuário: 221120

Admissão: 05/01/2018

14:08

Data Nasc.: 14/12/1993 Idade: 24 ano(s) 0 mes(es) e 22 dia(s)

Sexo: Masculino RG:

Mãe: ROSILENE FERNANDES DA SILVA

Telefone: (85) 9866-4513

Endereço: RUA AUGUSTO FILHO, 1090

Bairro: VILA VELHA

CEP: 60

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Classificador: RUTH DE SANTIAGO FREITAS

Risco: LARANJA

Data: 05/01/2018 14:11

Queixa: dor em punho esq hj apos acidente de moto

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR INTENSA

Risco de Queda:

Não

Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não

Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.:

Glicemias:

Régua: 8

Pulso/FC:

UPA CRISTO REDENTOR  
Confere com o original  
Data: 05/01/2018

Paulo Soárez  
Funcionário  
Matrícula: 163

**ALERGIAS**

Descrição:

**ATENDIMENTO**

Médico: LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS

Nº Atendimento: 555202

Data: 05/01/2018 14:14

Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO

CRM: 17204 P.A.:

Acidente: Sim Agressão: Não Peso:

Protocolo Sepse:

Não

Hipótese Diagnóstico: FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

HDA/Exame Físico:

PACIENTE APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO APÓS QUEDA DE MOTO AS 14H. AO EXAME: DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO. NEGA ALERGIA. CD: ANALGESIA

**PROTOCOLO SEPSE**

**EXAME**

*Cópia*

RAIO-X PUNHO E AP/P (0204040124)

Médico: LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS

Data: 05/01/2018 14:17

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Medicamento	CETOPROFENO 50MG/ML - 2ML(100MG) - AMP ADMINISTRAR 100 MG / INTRAMUSCULAR / DOSE ÚNICA	

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
05/01/2018 15:06	LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS	RX COM EVIDÊNCIA DE FRATURA CD: ORIENTO AVALIAÇÃO DA TRAUMATOLOGIA +

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
		ATESTADO PARA TRABALHO

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



**CÓPIA**

INFORMAÇÕES

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 28 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdecino, 150

CEP 60136-040 | Fortaleza/CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enel

2188490-0

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre que entrar em contato conosco.

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

534710174

Nota 16 01150 22 015400 - 8 Data de Emissão 24/07/2018  
Nome ROSTLENE FERNANDES DA SILVA  
End. Postal RU AUGUSTO FILHO 01090  
JARDIM GUANABARA - FORTALEZA - 60345836  
Medidor 9354188 Poste 1063 A760  
Classe 01-RESIDENCIAL 06-BAIXA RENDA RESOLU????0 485 MONOFÁSICO  
RG/CPF/CNPJ 510936773-68 CGF  
Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura  
Jul/2018 24/07/2018 24/08/2018

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso dessa conta.

Conjunto 0001/0001/0001

Mês Jul/2018

SUG 2,31

0001 = 0,00 F

Padrão Individual

Mensal Bim. Anual Mensal Trimest. Anual

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto  
1600,7888 10,00 160,0788

## Apuração Individual

Mensal Bim. Anual Mensal Trimest. Anual

DIC 4,95 9,91 19,82 1,05 8,88 8,88

FIC 3,11 6,22 12,45 1,00 8,99 8,99

DMIC 2,77 5,54 11,08 1,05 8,99 8,99

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Left. Atual	Left. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Conc. Ind.	Conc. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
17	24681	24680	1.00	8,00	30	0,19429	5,82

24/07/18	23/06/18	31/07/18	30	5,82
----------	----------	----------	----	------

## DESCRIÇÃO

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	16,67
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-10,84
MULTA MORATÓRIA REF 04/2018	0,10
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,63
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301	5,00
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	27,71
DOACAO CIDADANIA E AMOR TEL 0800 226 6565 3/2	3,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 0,56 )	

## VALOR (R\$)



VENCIMENTO	05/09/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	42,27
------------	------------	---------------------	-------

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Consumo	1,00	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Transmissão	0,92	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Distribuição	0,71	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Encargos Sociais	0,45	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Tributos (PIS/COFINS)	0,35	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
TOTAL	5,46	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED. 2,01 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO 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>) Coeficiente Ecológico (%CO<sub>2</sub>)

ATUALIZAÇÃO DE VENCIMENTO		DEBITOS ANTERIORES	
CONTAS EM ATRASO		Nº da F.º	Valor (R\$)
AVISO DE DEBITO ATRASADO:		80/2018	55,56
Informamos que suas dívidas vencidas em circunstâncias de atraso até esta data, no valor de R\$ 65,56. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.			

## FATURAMENTO MÍNIMO

Consta desta fatura 25,0% referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 1,04% e Cofins 14,70% (exceto 9,60% para 2018 e 10,60% para 2019).

Estamos em bandeira vermelha (até 2 em Julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 1000 kWh quilowatt-hora). Informações: www.enel.br



033-7

03399.53184 89020.400787 37410.301016 2 76910000017080

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário	Especie	Quantidade	Cartera / Noso número
FUNDO DE INVESTIMENTO EM DIREITOS CREDITÓRIOS NÃO-PADRONIZADOS NPL I Rua Gomes de Carvalho, 1195 4º andar - Vila Olímpia - 04547004 - São Paulo, SP CNPJ: 09263012000183		3409-6/5318890	R\$		204007837410-3

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor documento
204007837410	09263012000183	28/10/2018	R\$ 170,80

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado
----------------------------	---------------------	------------------	-----------------------	-------------------

Pagador  
BILLY JACKSON COSTA ALVES CPF: 620.430.213-20  
RG 301  
Vila Velha - FORTALEZA/CE - CEP: 60349-070

## Instruções

Não receber ágio vencimento

Sr. Caixa, é obrigatório o cadastramento correto dos dívidas, com todos os algarismos da linha digitável, caso a leitura ótica não seja possível

Parcela Nro: 4/9 - Contratual: 0150728-0452-0404080-375; 0150731-0452-0404080-375

Boleto referente a parcela Nro: 4/9 com vencimento original em 28/10/2018.  
Após o vencimento, será cobrada multa de 2% e juros de mora de 1% ao mês, cobrado de forma pro rata.

O boleto tem validade de 10 dias corridos para pagamento. Sr. Caixa, não receber após 10 dias do vencimento.

Dúvidas acesse: [www.gruporecovery.com](http://www.gruporecovery.com) ou ligue para 0800 772 3331.

Ao efetuar o pagamento desse boleto, você concorda com os termos das condições gerais, disponíveis em [www.gruporecovery.com/condicoesgerais](http://www.gruporecovery.com/condicoesgerais).

Em caso de não pagamento dos valores descritos, os descontos serão cancelados e será necessária uma nova negociação.

Advocacia Bellinati Perez - [ouvidoria@bellinatiperez.com.br](mailto:ouvidoria@bellinatiperez.com.br)

Endereço: Rua Alfredo Buffon, 155

Curitiba/PR - CEP: 80020-240

Fone(s): (41) 3311-8291

Autenticação mecânica



Corte na linha pontilhada



033-7

03399.53184 89020.400787 37410.301016 2 76910000017080

Local de pagamento		Vencimento		
PAGAVEL Em: QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO. MANTENHA SUA ACORDO EM DIA.		28/10/2018		
PARA RETIRAR 2º VIA DO BOLETO ACESSE: <a href="http://WWW.GRUPORECOVERY.COM">WWW.GRUPORECOVERY.COM</a>				

## Beneficiário

FUNDO DE INVESTIMENTO EM DIREITOS CREDITÓRIOS NÃO-PADRONIZADOS NPL I  
Rua Gomes de Carvalho, 1195 4º andar - Vila Olímpia - 04547004 - São Paulo, SP  
CNPJ: 09263012000183

Data do documento	Nº documento	Espece doc.	Acpte doc.	Data processamento	Noso número
26/06/2018	204007837410	RC	N	26/06/2018	204007837410-3

Uso do banco	Cartera	Espece	Quantidade	(X) Valor	(=) Valor documento
	101	R\$			R\$ 170,80

Instruções (teste de responsabilidade do beneficiário)

Não receber após vencimento

Sr. Caixa, é obrigatório o cadastramento correto dos dívidas, com todos os algarismos da linha digitável, caso a leitura ótica não seja possível

Parcela Nro: 4/9 - Contratual: 0150728-0452-0404080-375; 0150731-0452-0404080-375

Boleto referente a parcela Nro: 4/9 com vencimento original em 28/10/2018.  
Após o vencimento, será cobrada multa de 2% e juros de mora de 1% ao mês, cobrado de forma pro rata.

O boleto tem validade de 10 dias corridos para pagamento. Sr. Caixa, não receber após 10 dias do vencimento.

Dúvidas acesse: [www.gruporecovery.com](http://www.gruporecovery.com) ou ligue para 0800 772 3331.

Ao efetuar o pagamento desse boleto, você concorda com os termos das condições gerais, disponíveis em [www.gruporecovery.com/condicoesgerais](http://www.gruporecovery.com/condicoesgerais).

Em caso de não pagamento dos valores descritos, os descontos serão cancelados e será necessária uma nova negociação.

Advocacia Bellinati Perez - [ouvidoria@bellinatiperez.com.br](mailto:ouvidoria@bellinatiperez.com.br)

Endereço: Rua Alfredo Buffon, 155

Curitiba/PR - CEP: 80020-240

Fone(s): (41) 3311-8291

Pagador  
BILLY JACKSON COSTA ALVES CPF: 620.430.213-20  
RG 301  
Vila Velha - FORTALEZA/CE - CEP: 60349-070

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Willy Jucim Costa Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 620430213-120, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tiago Fernandes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.706-131-13, do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDA da Vítima Tiago Fernandes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.706-113-113, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>MNR 6</u>	<u>Fortaleza</u>	<u>303</u>	
<u>VILA VELHA</u>		<u>CEARA</u>	<u>60349-070</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(85) 986858197</u>

Fortaleza 11 de OUTUBRO de 2018  
Local e Data

Willy Jucim L. Alves  
Assinatura do Declarante

**COMPRAU SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA**  
11 OUT 2018

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FILIPE REGIS DE SOUSA BENTO

RG nº 200 1010492860 data de expedição 01/10/2014  
Órgão SSPDS, portador do CPF nº 033.495.413-48, com  
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA JOAQUIM JOSE DA SILVA, nº 1048,  
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima TIAGO FERNANDES DA SILVA, cujo o condutor era  
TIAGO FERNANDES DA SILVA.

Veículo: **MOTOCICLO**

Modelo: **HONDA CG 150 TITAN EX**

Ano: **2012**

Placa: **OIK 9697**

Chassi: **9C2KC1660CR561866**

Data do Acidente: **05/01/2018**

Local e Data: **FORTALEZA, 10 OUTUBRO DE 2018**

Filipe Regis de S. Bento

Assinatura do Declarante

TIAGO FERNANDES DA SILVA

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

**JAIME ARARIPE**  
Serviço Registrado

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará  
R. Jaime de Araripe Arabe Linha - 707 | Bld. Guilherme Augusto de Melo Araripe - Subsídio  
Av. Major Hélio 1965 - CEP 60350-001 - Fortaleza - Ceará | (051) 3215-3301 | [jaramp@igmail.com](mailto:jaramp@igmail.com)

153681776749921 | Reconheço por AUTÉNTICA a(s) assinatura(s) da(s) :  
--- FILIPE REGIS DE SOUSA BENTO ---  
que consta o parágrafo respeito, nessa serventia, Dou fé,  
Fortaleza, 10 de outubro de 2018, 16:27:57. Eu testemunha da verdade.  
SOMIA MARIA MAIROS MAGALHÃES ARAGÃO (Carregamento) Total: R\$ 6,92.  
Válido quanto ao uso do selo de autenticidade FNC: Larine

mm

DATA: 10/10/2018  
NÚMERO: 153681776749921



2018/01-16 inter

ISIEC

AT 1356328

PERGUNTO  
EFESSON

Solz 05109118

Av: Aguanambi N°332

Bairro: Fátima

CEP: 60055402

Tel: 3311-6000

**uniclinic**  
o hospital da sua vida

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

TIAGO FERNANDES DA SILVA

Interno  Outras

CPF

06570611313

RG

2005010264738

IDADE

24

E.CIVIL

CASADO

SEXO

M

ENDERECO

AUGUSTO FILHO 1030

FONE

986645113

BAIRRO

VILA VELHA

DATA DE NASC.

34/12/193

CIDADE

FORTALEZA

CEP

60345836

UF

NATURALIDADE

FORTALEZA

PAI

ANTONIO PAULINO DA SILVA FILHO

MÃE

ROSILENE FERNANDES DA SILVA

MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. VICTOR MONTE TENÓRIO

CRM

31967

DATA INTERNAÇÃO

08/10/118

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME

RO

CPF

PROFISSÃO

PARENTESCO

FONE

ENDERECO

BAIRRO

CIDADE

CEP

UF

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para

assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações médicas existentes no Prontuário.

11 OUT 2018

UNICLINIC  
CONFIRME COM O  
ORIGINAL

Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.

Fortaleza(Ce ), 5 DE 09 DE 2018.

CARTÓRIO  
CARTÓRIO DO QUINTO OFÍCIO DE NOTAS PROTESTO DE TÍTULOS  
OFICIAL TITULAR: SAMUEL VILAR DE ALENCAR ARARIPE - CNPJ: 08.673.836/0001-01  
Rua Major Fecundo, N° 873 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3231.5974 / 3239.2902 / 3251.1506 - E-mail: contabil@cartorioararipe.com.br

Tiago Fernandes da Silva  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO CEBIAN ARARIPE  
CARTÓRIO DO QUINTO OFÍCIO DE NOTAS PROTESTO DE TÍTULOS  
OFICIAL TITULAR: SAMUEL VILAR DE ALENCAR ARARIPE - CNPJ: 08.673.836/0001-01  
Rua Major Fecundo, N° 873 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3231.5974 / 3239.2902 / 3251.1506 - E-mail: contabil@cartorioararipe.com.br

Cód.: 168633. Reconhecido por SEMELHANÇA(s) assinatura(s) de: (1) TIAGO FERNANDES DA SILVA. Fortaleza, 06 de setembro de 2018. Total: R\$ 4,18. Documento emitido por meio de sistema eletrônico de autenticação digital. O documento é válido somente com selo de autenticidade.

Em Teste: *[Assinatura]* da Vara de Fazenda. SELO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA

Antônio Joaquim C. Oliveira - ( ) - Márta G. de Lima - ( ) - Mary Souza P. Freitas  
Assinatura: *[Assinatura]* - Data: *[Data]*

RECONHECIDO  
DE FATO  
NO DIA 03/09/2018  
NO CARTÓRIO CEBIAN ARARIPE

**FICHA DE ATENDIMENTO**  
**INTERNAÇÃO/PQA**

**Nome:** Tiago Fernandes da Silva  
**Endereço:** Tiago Fernandes da Silva  
**Estado Civil:**  
**Nome Pai:** Antonino Paulino Dda Silva Filho  
**Nascimento:** 14/12/1993  
**Endereço:** Augusto Filho , 1090 Vila Velha  
**Cidade:** Vila Velha  
**Naturalidade:**

**Conjugado:**

**Nome Mae:** Rosilene Fernandes da Silva  
**Idade:** 24 Anos  
**Cidade:** Fortaleza  
**Religião:**

**Identificação:** 1.356.328  
**CPF:** 423.359  
**Data Internação:** 08/01/2018 15:27

**Cód.:**  
**Sexo:** Masculino  
**CPF:** 06570611313  
**Identidade:** 30873734  
**Telefone:** (85) 987161923  
**Data Entrada:** 08/01/2018  
**Data Alta:** 13/01/18  
**21/01/18**

**Acomodação:**  Enfermaria  
**Unidade:** 506-2

**Piano de Saúde:**  
**Nome:** ISSEC  
**Empresa:**  
**GIH:**  
**Cód. Usuário:** 00256572008  
**Autorização:**

**Responsáveis:**

**Nome:** Tiago Fernandes da Silva  
**Endereço:** Augusto Filho - Vila Velha  
**RG:** 30873734  
**CPF:** 06570611313

**Parentesco:**  
**Telefone 2:**  
**Telefone 3:**  
**Telefone 4:** não digitado

**Nome:**  
**Endereço:**  
**RG:**  
**CPF:**

**Parentesco:**  
**Telefone:**  
**Celular:**  
**Tel. Trabalho:**

**Quinta Principal:**

**HDA:**



**Diagnóstico Provável:**

**Diagnóstico Definitivo:**

**Médico Responsável:**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO**

O paciente (ou responsável), Sr(a) Tiago Fernandes da Silva, CPF nº 06570611313, aqui declarado, internado neste nosocomio, assume, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos, materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessário durante o período de internação, desde que estas não sejam cobertas por meu plano de saúde, assim como tanto conhecimento que o Hospital Onclinic não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, jóias, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicando em qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a permanência no mesmo.

*Maria Aline*  
Responsável pelo Atendimento

Maria Aline

*Tiago Fernandes da Silva*  
Paciente ou Responsável

**FICHA DE ATENDIMENTO**


Endereço: 1.356,177  
 paciente: Tiago Fernandes da Silva  
 endereço: Tiago Fernandes da Silva  
 número: ISSEC  
 nome: ISSEC  
 CL: 002-72008  
 Cartão Saúde: 20208510  
 Rua: Augusto Filho, 1090 Vila Velha  
 bairro: Vila Velha  
 cidade: Fortaleza  
 Sexo: Masculino

Prontuário: 423359  
 Idade: 24 anos  
 Fone: 987161923  
 Vál. Carteira: 08/04/2018  
 Identidade: 30873734  
 Bairro: Vila Velha  
 Cidade: Fortaleza  
 Sexo: Masculino

**ATENDIMENTO ATUAL**

Unidade: Emergência-Pronto Socorro  
 nome: Renato Holanda da Costa  
 Unidade: Traumatologia  
 Unidade: Consulta

Médico/Cid: João Ricardo Andrade de Alencar  
 Data: 08/01/2018 - Segunda-feira  
 Hora: 10:47:26

Princípios: TRAUMA NO BRACO ESQ

HDA:

PROCEDIMENTO:

*Exame e Ato*

AGNOSTICO:

*Exame e Ato*  
Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS



UNICLINIC  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL



## ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE: TIAGO FERNADEZ DA SILVA

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DATA: 28/10/18

Nº DO ATENDIMENTO: 1156174

### ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

REALIZOU:  NÃO  CURATIVO:  SIM  NÃO   
 ECG:  SIM  NÃO  NÃO   
 RAIOS X:  SIM  TIPO: \_\_\_\_\_   
 EXAME LABORATORIAL: \_\_\_\_\_

VESICAL:  ALVÍCIO  DEMORA  
 SONDAÇÃO:  MASOENTERICA  
 NASOGÁSTRICA:  DRENAGEM  GAVAGEM

OXIGENIOTERAPIA:   
 CATETER (\_\_\_\_\_/min) De \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs \_\_\_\_\_  
 MASC. VENTIL (\_\_\_\_\_/min) De \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO:   
 POSTO: As \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  UTI: As \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  CC: As \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 TRANSFERIDO:  
 DESTINO: \_\_\_\_\_  
 HORÁRIO: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs \_\_\_\_\_  
 ALTA (LIBERADO) As \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA MÉDICA

#### APRAZAMENTO/CHECAGEM

FC FR PA SATOZ T

#### PREScriÇÃO MÉDICA

*Prnt. leonardo V /*

*11/10/18*

*UNICLINIC*

*CONCEPCAO DO CO*

*UNICLINIC*

*COMPRE SEU SEGURO  
E PREVINA-SE*  
*11 OUT 2018*

MÉDICO (ASSINATURA / CARMIMBO)

ECG/FC: FC - Freqüência Cardíaca | FR - Freqüência Respiratória | PA - Pressão Arterial | SATOZ - Saturação de Dióxido de Carbono | T - Temperatura

SALA DE GESSO						
MATERIAL UTILIZADO	DIM	UNID	QTD	MATERIAL UTILIZADO	DIM	UNID
Algodão Ortopédico	10	Cm		Malha Tubular	4	Cm
Algodão Ortopédico	15	Cm		Malha Tubular	6	Cm
Algodão Ortopédico	20	Cm		Malha Tubular	8	Cm
Atadura de Crepom	6	Cm		Malha Tubular	10	Cm
Atadura de Crepom	10	Cm		Malha Tubular	12	Cm
Atadura de Crepom	15	Cm		Malha Tubular	15	Cm
Atadura de Crepom	20	Cm		Malha Sintética	Cm	
Atadura de Crepom	30	Cm		Selto	Cm	
Atadura Gessada	10	Cm		Talafix	Cm	
Atadura Gessada	15	Cm		Tala de Alumínio	Cm	
Atadura Gessada	20	Cm		Esparadrapo	Cm	
Algodão Sintético	Cm			Gesso Sintético	Cm	
Procedimento:						
AUX. TRAUMA						

GASTOS AMBULATORÍOS						
SOLUÇÕES	UNID	QTD	AEROSOL	UNID	QTD	MATERIAL
Água destilada 20ml	Fr		SF 0,9% 10ml	UNID	QTD	Abocath nº 40x12
Água destilada 500ml	Ml		Atrovent	amp	amp	Aguilha nº 12
SF 0,9% 100ml	Ml		Aerolin 2,5mg	gts		Aguilha nº 40x12
SF 0,9% 250ml	Ml		Berotec	amp		Agulha nº 40x12
SF 0,9% 500ml	Ml		Clenil A	amp		Agulha nº 40x12
SG 5% 100ml	Ml		Medicções	UNID	QTD	Agulha nº 40x12
SG 5% 250ml	Ml		Antak 50mg	amp		Agulha nº 40x12
SG 5% 500ml	Ml		Aminofilina 240mg	amp		Agulha nº 40x12
S.G.F 1:1 500ml	Ml		Buscopan Composto	amp		Agulha nº 40x12
S.R.L 500ml	Ml		Buscopan Simples 20mg	amp		Agulha nº 40x12
Frutose 5% 500ml	Ml		Coltrax	amp		Agulha nº 40x12
MEDICAÇÃO ORAL						
AAS 100mg	Cp		Complexo B	amp		Agua oxigenada
Adalat Retard 20mg Cp	Vo		Carvão Ativado	Gr		Clorexidina Alcoólica
Atensina 0,100mg	Cp		Diazepam 10mg	amp		Clorexidina degermante
Antidiáspiro 5mg	Cp		Dexametasona 0,05mg	amp		Eter
Captopril 25mg	Cp		Diprospan E	amp		
Captopril 50mg	Cp		Dramin 85 Dl	amp		
Dipirona	gts		Dipirona 100mg	amp		
Diazepam 10mg	Cp		Dimorf 0,2mg	amp		
Paracetamol 500mg	Cp		Fenergan 100mg	amp		
Paracetamol	gts		Furosemida 20mg	amp		
Propanolol 40mg	Cp		Glicose 25%	amp		
Lufital	gts		Glicose 50%	amp		
Isordil 5mg	Cp		Hidrocortisona 100mg	amp		
Isordil 10mg	Cp		Hidrocortisona 500mg	amp		
Sustrate 10mg	Cp					
PROCEDIMENTO:						

ENFERMAGEM - COREN

*Flávia Fernandes Silva*  
Assinatura do Paciente ou Responsável





Observações de Enfermagem

## Data

Observações de Enfermagem		Data: / /	Material Utilizado
			Punção Venosa
		Gelco N.º	
		Scalp N.º	
		Alcool	
		Algodão	
		Espanadrapo	
		<b>Curativo</b>	
		Gaze Simples	
		Gaze Acolchoada	
		Atadura	

Nome: Tiago Fernandes da Silva

TURNO: M/T

<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> AC. VENOSO:
<input type="checkbox"/> CVP	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO:
<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input type="checkbox"/> Venturi _____ %
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Spo <sup>2</sup> : _____ %
<input type="checkbox"/> VO		<input type="checkbox"/> DIETA:
<input type="checkbox"/> SNE		<input type="checkbox"/> SNG
<input type="checkbox"/> NPT		<input type="checkbox"/> GTT
<input type="checkbox"/> Zero		<input type="checkbox"/> Para:

Observações:

As 15:50 hs pet admi tido neste unidade  
de isolamento inti olas em origem vir exga aerea q  
julco 22 extubou no conseq<sup>ta</sup>.  
Sistematizado.  
Tec. de Enfermagem  
COREN-CE: 001135470

As 16 hs reali zado ECG com exel.

Observações:

<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> AC. VENOSO:
<input type="checkbox"/> CVP	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO:
<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input type="checkbox"/> Venturi _____ %
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Spo <sup>2</sup> : _____ %
<input type="checkbox"/> VO		<input type="checkbox"/> DIETA:
<input type="checkbox"/> SNE		<input type="checkbox"/> SNG
<input type="checkbox"/> NPT		<input type="checkbox"/> GTT
<input type="checkbox"/> Zero		<input type="checkbox"/> Para:

<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> AC. VENOSO:
<input type="checkbox"/> CVP	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO:
<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input type="checkbox"/> Venturi _____ %
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Spo <sup>2</sup> : _____ %
<input type="checkbox"/> VO		<input type="checkbox"/> DIETA:
<input type="checkbox"/> SNE		<input type="checkbox"/> SNG
<input type="checkbox"/> NPT		<input type="checkbox"/> GTT
<input type="checkbox"/> Zero		<input type="checkbox"/> Para:

<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> AC. VENOSO:
<input type="checkbox"/> CVP	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO:
<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input type="checkbox"/> Venturi _____ %
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Spo <sup>2</sup> : _____ %
<input type="checkbox"/> VO		<input type="checkbox"/> DIETA:
<input type="checkbox"/> SNE		<input type="checkbox"/> SNG
<input type="checkbox"/> NPT		<input type="checkbox"/> GTT
<input type="checkbox"/> Zero		<input type="checkbox"/> Para:

Assinatura e COREN:

Sifaria de Assis Andrade

Tec. de Enfermagem

COREN-CE: 001135470

Assinatura e COREN:

\_\_\_\_\_

DATA: 08/04/18 POSTO: OS LEITO: 506-2

CONVÉNIO:



Paciente	Tiago Fernandes da Silva	Atendimento	1.356.328
Data Nascido	14/12/1993	Prontuário	423.359
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	08/01/2018 15:27:48
Telefone	987161923	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Endo	506-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

Data Internação: 08/01/2018 15:27:48 Entrada na Unidade: 15:50

#### ADMISSÃO UNIDADE POSTO 5

- Nível de consciência/orientação ( ): Consciente e orientado;
- Locomoção ( ): Deambula
- Padrão respiratório ( ): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA ( ): Normotensão e normocárdico;
- Dieta ( ): VO;
- Incisão cirúrgica( ): PUNHO E
- Venoclise e disposição de infusão ( ): AVP
- Lesões ( ): PELE INTEGRA PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais ( ): Espontâneas;
- Queixas ( ): não refere
- Perfusion ( ): Boa.



As 15:50 Paciente admitido no posto 5 proveniente da emergencia  
 HD: pre'op punho E  
 Mantendo MSE imobilizado  
 Nega HAS, DM e alergias medicamentosas,  
 realizado ECG,  
 Segue aos cuidados da equipe

ana Carolina M. Gadelha  
 Enfermeira  
 CRN 513702

UNICLINIC  
 CONFERENCIAL  
 ORIGINAL

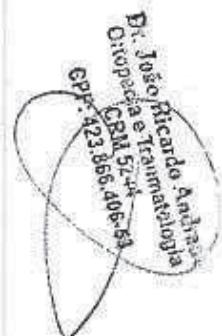
Ana Carolina Machado Gadelha /



União de Clínicas do Ceará Ltda

## Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente	Tiago Fernandes da Silva		
Data Nascdo	14/12/1993	24a 26d	
Data Entrada	08/01/2018	15:27:48	
Médico Resp.	Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)		
Dietas	Dieta Geral		
	Geral (ou Livre que aceitar)		
Medicamentos			
	1 Cetoprofeno 400mg Fa-Ev		
	SEPARAR 1 FA EM 400ML DE SF		
	2 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/1ml		
	SEPARAR 1 AMP EM 18 AD		
	3 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev		
	SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF		
	4 Drotan 860mg Amp 10ml Ev		
	SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF		
Recomendações			
	JELCO SALINIZADO		
	SSVV + OCGG		
	Dulce		
	Zena		





Hospital da Serra Vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

**NOME:** Tiago Fumando da Silva

DATA: 09/01/13 POSTO: S LEITO: 506.2

<b>TURNO:</b>	<i>Vesp.</i>	
<b>A.C. VENOSO:</b>		
<b>CVP</b> ( ) Local	<b>cvc</b> ( ) Local	<b>( ) Dissecção</b>
<b>RESPIRAÇÃO:</b>		
<b>Ar ambiente</b> ( ) Cat. Nasal	<b>( ) Venturi</b>	<b>%</b>
<b>MNBBZ</b> ( ) Másc. Reservatória	<b>100%</b>	<b>SpO<sub>2</sub></b> %
<b>DIETA:</b>		
<b>( ) Vo</b>	<b>( ) SNE</b>	<b>( ) SNG</b>
<b>( ) Zero</b>	<b>Para:</b>	<b>( ) GTT</b>
<b>( ) NPT</b>		

<b>TURNO:</b>	<i>S/A</i>	
<b>CVP</b>	<b>AC. VENOSO:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> Local
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Respiração:	<input type="checkbox"/> Dissociação:
<input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input type="checkbox"/> Venturi
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória 100%	<input type="checkbox"/> Spo <sup>2</sup> :
<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNE	<b>DIETA:</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> GTT
	<b>Para:</b>	<b>( ) NPT</b>

### Observações:

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:



**iniclinic** hospital da sua vida

## GASTOS HOSPITALARES

Name: Jeffrey Johnson

hospital da sua vida

Data 101 17

Convenio:

Data 911 IP

Material	Total		GASOTERAPIA	
	Passagem de Sud	Oxigênio	Monitor + Oxímetro	Lidado
Água para injeção 10ml				
Água para injeção 20ml				
Agulha 13x4,5				
Agulha 25x7				
Agulha 30x8				
Agulha 40x12				
Cateter nasal				
Eletrôdo				
Equipo para bomba de infusão				
Equipo para bomba de infusão foliostensível				
Equipo simples				
Extensor 20cm				
Fita para glicemia + lanceta				
Gazes acetochlorada				
Gazes simples				
Iruxel				
IV 3000				
Luva estéril				
Luva procedimento				
Seringa 20cc				
Seringa 10cc				
Seringa 5cc				
Seringa 3cc				
Seringa Insulina				
Seringa SNG				
SF 0,9% 100ml				
SF 0,9% 250ml				
SF 5,0% 250ml				
Torreleira Tres Way				
Conex-lue				
RETRAR Sud				
MÁSCARA: 01				
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01				
SERINGA DE 20CC: 01				
COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01				
GAZES SIMPLES: 20				
CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml				
MÁSCARA: 01				
SF 0,9% 10ml: 01				
AGULHA 40X12: 01				
XILOCAÍNA GEL: 05gr				
ABD 10ml: 02				
ESPARADRAPO: 15cm				
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01				
ALGODÃO: 15gr				
ALCOOL: 15ml				
RETRAR ACESSO PERIFÉRICO				
LUVA PROCEDIMENTO: 01				
ALGODÃO: 15gr				
CURATIVO F.O				
SF 0,9% 10ml: 02				
MICROPORE: 30cm				
GAZES SIMPLES: 10 UND				
MÁSCARA: 01				
GORRO: 01				
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01				
BT CURATIVO ESTÉRIL: 01				
CLOREXIDINA: 15ml				
SV ALVIR				
CO-RRIO: 01				
MÁSCARA: 01				
LUVA ESTÉRIL: 01 PAR				
SONDA URETRAL N° 03-04				
MÁSCARA: 01				
CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml				
GAZES: 10				
XILOCAÍNA GEL: 05gr				
CURATIVO TQT				
GAZES SIMPLES: 30x20				
SF 0,9% 10ml: 01-01				
LUVA DE PROCEDIMENTO: 03-04				
MÁSCARA: 01				
CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml				
GAZES SIMPLES: 20				
SF 0,9% 10ml: 01				
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01				
MÁSCARA: 01				
PASSAGEM DE SNG				
SONDA SNG N° 01				
LUVA ESTÉRIL: 01				
XILOCAÍNA GEL: 05gr				
GAZES SIMPLES: 10				
SERINGA 20CC: 01				
FEI: 10ml				
ESPARADRAPO: 10cm				
MÁSCARA: 01				
CORRO: 01				
RETRAR SNG				
MÁSCARA: 01				
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01				
SERINGA DE 20CC: 01				
GASTO DO ÓBITO				
LENÇOIS: 02				
ALGODÃO: 82gr				
ESPARADRAPO: 20cm				
LUVA				
MÁSCARA				
GAZES				

Paciente	Tiago Fernandes da Silva	Atendimento	1.356.328
Data Nascdo	14/12/1993	IPronuário	423.359
Sexo	Masculino	Dr. Entrada	08/01/2018 15:27:48
Telefone	987161923	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	506-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
09/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

**EVOLUÇÃO MT 09/01/2018**  
 HD: PRÉ OP DE PUNHO E

- Nível de consciência/orientação ( ): Consciente e orientado;
- Locomoção ( ): Deambula
- Padrão respiratório ( ): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA ( ): Normotensão e normocárdico;
- Dieta ( ): VO;
- Incisão cirúrgica( ): PUNHO E
- Venoclise e disposição de infusão ( ): AVP
- Lesões ( ): PELE INTEGRA PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais ( ): Espontâneas;
- Queixas ( ): não refere
- Perfusion ( ): Boa.



Pcte em pré op de fratura de punho E  
 Dieta V.O zero para procedimento  
 Mantendo MSE imobilizado  
 Nega HAS, DM e alérgias medicamentosas.  
 Segue aos cuidados da equipe

Ana Carolina M. Gadelha  
 Enfermeira  
 CRON 513702

Ana Carolina Machado Gadelha /

UNICLINIC  
 CONFERIDO COM O  
 ORIGINAL



ao de Clínicas do Ceará Ltda  
Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente	Tiago Fernandes da Silva	Atendimento	1.356.328	Prontuário	423.359
Data Nasc.	14/12/1993	Convênio	ISSSEC / ENFERMARIA		
Data Entrada	08/01/2018 15:27:48	Data Prescr.	10/01/2018 12:00:00		
Médico Resp.	Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)				
Diárias	Zero				
Medicamentos					
1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev	1 FA 12/12 h IV	Dose / Intervalo / via	Horários	D	P E
SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF					
2 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml EV Im	11 OUT 2018 1 amp 6/6 h IV			96	3º S
SEPARAR 1 AMP EM 18 AD					
3 Tramadol 100mg Amp 2ml EV	1 amp 8/8 h IV			94	3º S
SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF					
4 Dramin B6 Di Amp 10ml Ev	1 amp 8/8 h IV			10	3º S
SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF					
Recomendações		Intervalo	Horários		
JELCO SALINIZADO			MANTENDO		
SSSW + CCGG			ROTINA		

Dr. Victor Monte Terraio  
Sanguia da Quachá e Joelho  
CRM CE 11987 TEOT 13804

Outubro 2018  
08/10/2018



uniclinic

— hospital das suas vidas

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

**Nome:** Tiago Fernandes da Silva  
O hospital da sua vida

DATA: 10/04/18 POSTO: 05 LETTO: 506-2

POSTO: 05

DATA: 10 / OCT / 18

**CONVÊNIO:** 155/06

CONVÊNIO: 15/5/06

TURNO: <u>5/11/0</u>	AC. VENOSO:	
CVP	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Dissecção
RESPIRAÇÃO:		
( ) Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input type="checkbox"/> Venturi _____ %
( ) MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória 100%	<input type="checkbox"/> SpO <sup>2</sup> : _____ %
DIETA:		
( ) VO	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT
( ) Zero	Para:	

CONTE APLICATIVO

S. Autonomia da Função

Glaucinete Marinho  
369 - TE  
COTIA

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

COREN-0721369-TE

WERNER COBEN

## GASTOS HOSPITALARES

Name: Túlio G. G. Laranjeira

Convenio: 15544

Data: 01/01/88

Material	Total	CURATIVO CVC CONVENCIONAL		PASSAGEM DE SVD		RETRAR SVD		GASOTERAPIA		OXIGÉNIO		CURATIVO F.O.		SV ALVHO		CURATIVO TOT		CURATIVO OTT		PASSAGEM DE SING		GASTO DO ÓRITO	
Água para infusão 10ml	00000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MÁSCARA: 01	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MONTOR + OXÍMETRO	<input type="checkbox"/>													
Água para infusão 20ml	00000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL: 01	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	<input type="checkbox"/>													
Aguilha 13x0,5	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	SONDA TOLLEY N° 01	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	SERINGA DE 20CC: 01	<input type="checkbox"/>													
Aguilha 25x7	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	GAZES SIMPLES: 20	<input type="checkbox"/>													
Aguilha 30x8	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	SERINGA 20CC: 01	<input type="checkbox"/>													
Aguilha 40x12	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	AGULHA 40X12: 01	<input type="checkbox"/>													
Canulear nasal	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	COADOR: 10ml: 01	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ABD 10ml: 02	<input type="checkbox"/>													
Eletrôodo	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ESPARADRAPO: 15cm	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA DE PROCEDIMENTO: 01	<input type="checkbox"/>													
Equipamento para bomba de infusão	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ALGODÃO: 15g	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ALGODÃO: 15g	<input type="checkbox"/>													
Equipamento para bomba de infusão fotossensível	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ALCOOL: 15ml	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ALCOOL: 15ml	<input type="checkbox"/>													
Equipo simples	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESSO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Extensor 20cm	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ALGODÃO: 15g	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ALGODÃO: 15g	<input type="checkbox"/>													
Fita para glicemia + lanceta	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Gazos isocloridina	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Gazos simples	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Inzol	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
IV 3000	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Luva estéril	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Luva procedimento	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Seringa 20cc	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Seringa 10cc	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Seringa 5cc	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Seringa 3cc	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Seringa Insulina	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Seringa SNC	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
SF 0,9% 100ml	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
SF 0,9% 250ml	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Toracela Free Way	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
Cone-Jue	0642	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>													
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	RETRAR ACESO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LUVA F.O.: 01	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									

Paciente	Tiago Fernandes da Silva	Atendimento	1.356.328
Data Nascido	14/12/1993 24 Anos	Prontuário	423.359
Sexo	Masculino	DT. Entrada	08/01/2018 15:27:48
Telefone	987161923	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	506-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

**EVOLUÇÃO MT 10/01/2018**  
**HD: PRÉ OP DE PUNHO E**

- Nível de consciência/orientação ( ): Consciente e orientado;
- Locomoção ( ): Deambula
- Padrão respiratório ( ): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA ( ): Normotensão e normocárdico;
- Dieta ( ): VO;
- Incisão cirúrgica( ): PUNHO E
- Venoclise e disposição de infusão ( ): AVP
- Lesões ( ): PELE INTEGRA PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais ( ): Espontâneas;
- Mucosas ( ): não refere
- Perfusion ( ): Boa.



Pcte em pré op de fratura de punho E  
 Dieta V.O

Mantendo MSE imobilizado  
 Nega HAS, DM e alergias medicamentosas.  
 Segue aos cuidados da equipe

DIETA V.O ZERO AS 22 H PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

CONFIRME  
ORIGINAIS

ana Carolina M. Gadelha  
 Enfermeira  
 COREMS 13702  
 Ana Carolina Machado Gadelha /





O hospital da sua vida

### OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 11/10/11 H 3  
LEITO: 5062

POSTO: 5  
CONVÉNIO: 12222

NAME: Tia YO Fernanda da Silva

<b>TURNO:</b> MAT	<b>AC. VENOSO:</b>	<b>CVC</b> <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Dissecção
<b>RESPIRAÇÃO:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input checked="" type="checkbox"/> Venturi _____ %
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória 100%	<input type="checkbox"/> Spo <sup>2</sup> : _____ %
<b>DIÉTA:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input checked="" type="checkbox"/> SNE	<input checked="" type="checkbox"/> GTT
<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> NPT
<b>Para:</b>		

**Observações:** No dia 11/10/11 paciente entrou com febre  
para o 5º dia. Foi feita exame de sangue e urina. Foi feita  
os exames e o resultado da urina e negativo.  
No dia 13/10/11 paciente entrou com febre e dor de estômago.  
No dia 13/10/11 paciente entrou com febre e dor de estômago.  
No dia 13/10/11 paciente entrou com febre e dor de estômago.

<b>TURNO:</b> 5/IV	<b>AC. VENOSO:</b>	<b>CVC</b> <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Dissecção
<b>RESPIRAÇÃO:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Nasal	<input checked="" type="checkbox"/> Venturi _____ %
<input type="checkbox"/> MNBZ	<input type="checkbox"/> Másc. Reservatória 100%	<input type="checkbox"/> Spo <sup>2</sup> : _____ %
<b>DIÉTA:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input checked="" type="checkbox"/> SNE	<input checked="" type="checkbox"/> GTT
<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> NPT
<b>Para:</b>		

**Observações:** 23h dia 11/10/11 paciente com exerto  
onfusão capilar, levemente negativo  
exame gástrico, do exame gástrico

**Assinatura e COREN:**

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:



Paciente: Tiago Fernandes da Silva  
 Data Nasc.: 14/12/1993 24 Anos  
 Sexo: Masculino  
 Telefone: 987161923  
 Cel.: 506-2

Atendimento: 1.356.328  
 Prontuário: 423.359  
 Dt. Entrada: 08/01/2018 15:27:48  
 Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof.
11/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

**EVOLUÇÃO MT 11/01/2018**  
 HD: PRÉ OP DE PUNHO E

- Nível de consciência/orientação ( ): Consciente e orientado;
- Locomoção ( ): Deambula
- Padrão respiratório ( ): Eupnéico, em ar ambiente;
- PA ( ): Normotensão e normocárdico;
- Dieta ( ): VO;
- Incisão cirúrgica( ): PUNHO E
- Venoclise e disposição de Infusão ( ): AVP
- Lesões ( ): PELE INTEGRA PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais ( ): Espontâneas;
- Eixas ( ): não refere
- Perfusion ( ): Boa.



Pcte em pré op de fratura de punho E  
 Dieta V.O. Zero  
 Mantendo MSE imobilizado  
 Nega HAS, DM e alérgias medicamentosas.  
 Segue aos cuidados da equipe  
 As 08:45 ppte encaminhado ao c.c.

tarde :  
 P.O.I de fratura de punho E  
 as 13:10 retornou do c.c , mantendo imobilização em msd.  
 segue aos cuidados .

  
 Ana Carolina Machado Gadelha  
 Enfermeira  
 CRM 51370

Ana Carolina Machado Gadelha /



NOME: José Fernandes da Silva  
 CLÍNICA: Uniclinic CATEGORIA: LEITO: 506-2 PRONTUÁRIO: 423.559

DATA: 11/10/2018 CIRURGÃO: Dr. Victor Moreira

1º AUXILIAR: Dr. Carlos Henrique 2º AUXILIAR: Dr. João Henrique 3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: Thielle e Jessica

ANESTESISTA: Dr. Carlos Henrique

TIPO DE ANESTESIA: Alívio

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

Fratura do fêmur

TIPO DE OPERAÇÃO:

1. Retirada de fêmur  
+ reposicionamento

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

*CONFIRME SEGUR  
 E PREVIDÊNCIA SAÚDE*  
**AUDITADO**  
 Eliete

11 OUT 2018

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 10

INÍCIO DA CIRURGIA: 10:15 TÉRMINO: 11:30

DURAÇÃO: 1h e 15'

INÍCIO DO OXIGÉNIO: TÉRMINO:

DURAÇÃO:

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

1. Tomada de PDA

2. Desbr. e ext. artif.

3. Abertura de cana inflam

4. Frêos

5. Reduzi. físsur. ypt. físsur. 3,5

6. 03 físsur. 3,5

7. Líng. ligaç. artif.

8. Sut. artif. 3,5

9. Curaç. artif. 3,5

10. Líng. ligaç. artif. + físsur.

11. Infus. fárm. de punho

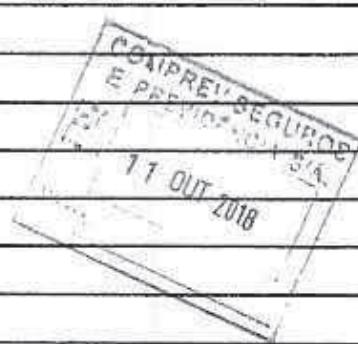
12. Infus. fárm. de artif. 3,5

**UNICLINIC**  
 CONFIRME COM O  
 ORIGINAL

*Dr. Víctor Moreira*  
 Cirurgião de Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/CE 11957 TEC/1994

*Dr. João Ricardo Andrade*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/CE 21.766.403-52

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIAO



ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

**FICHA DE ANESTESIA**
**NOME DO PACIENTE:** Tiago Fernando de Sá

**AP/ENF:** **LEITO:** 506-2 **CONVÉNIO:** ISPEC

**CIRURGÃO:** Dr. João Ricardo **DATA:** 11/10/18

**IDADE:** PESO: ALTURA: SEXO: M PULSO: 78 RESPIRAÇÃO:

**PA:** 140x90 **TIPO SANGUÍNEO:** HEMACIAS: HEMOGLOBINA:

**HEMATÓCRITO:** GLICEMIA: COMPRISE: SE: URTA: E: PRE: 100% S/A: ASMA: BONQUITE:

**AP. RESPIRATÓRIO:** mdr 11 OUT 2018 ECG: 60bpm

**AP. CIRCULATÓRIO:** mdr URINA:

**AP. URINÁRIO:** mdr

**AP. DIGESTIVO:** Jejun 78h DENTES: PESCOÇO:

**ALERGIAS:** nego INDUÇÃO

**DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:** Fratura p/ m/ro

Satisfatória: Excitação:  
Tosse: Lenta:  
Náuseas: Vômitos:

**ANESTESIAS ANTERIORES:** 0

**MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:** - 9

**PAM:** Taito 10:45

**HORÁRIO:** 10:15 → N:30 (16:15)

Agente Anestésico:	
Líquidos: soros, hemoderivados e etc.	(m)

PULSO	220	
	210	
	200	
	190	
TEMP.	180	
	170	
	160	
	150	
	140	
	130	
PA	120	
	110	
	100	
	90	
	80	
	70	
ANEST.	60	
	50	
	40	
	30	
OP.	20	
		8888888

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO:	A. Posol

**AGENTE:** Dr. Carlos Bruno

**TÉCNICA:** Bloqueoplexo Axilar

**CIRURGIA:** Fratura p/ m/ro E

**CIRURGIOS:** Dr. João Ricardo + Dr. Vitor

**ANESTESISTA(S):** Dr. Carlos Bruno

**INTERCORRÊNCIAS:** d

**INDUÇÃO**  

Satisfatória: Excitação:  
Tosse: Lenta:  
Náuseas: Vômitos:

**MANUTENÇÃO**

1. Bloqueio Axilar  
2. Dalf de Volume  
3. 20ml Novocainio 0,5% +  
4. 10ml Xilocaina  
5. 15ml NB

6. MP2 5mp

7. Cet 20ml 1/2

8. Atotek 50mg

9. Bext 15 40mg

10. Diprivan 2g

11. Fentanyl 50mcg

12. Rocuron 10mg

13. Encamim 10g

Anestesia Satisfatória: Sim ( ) Não ( )

Paciente para o leito com cânula: Sim ( ) Não ( )

Perda Sanguínea Aprox.: ml

Obstrução: Co2

Náuseas:

Vômitos:

Outros:

Assinatura do Anestesista/CRM

## BOLETIM DE GASTOS COM ANESTESIA

## ITENS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA ANESTESIA

ITEMS	UNID	QTDE	ITEMS	UNID	QTDE
Soro Fisiológico 0,9% 100ml	unid		Adalat Retard 10mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	unid		Adrenalina 1mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	unid		Água Bidestilada 20ml	amp	02
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	unid		Atropina 0,25mg - 1ml	amp	
Soro Glucofisiológico 0,5% 500ml	unid		Bextra 40mg	amp	
Soro Glucofisiológico 5% 500ml	unid		Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4%	amp	01
Frutose 5% 500ml	unid		Clonidin 150mcg	amp	
Ringer Lactato 500ml	unid	01	Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml	amp	01
SANGUE-HEMOCERIVADOS	UNID	QTDE	Clazepam 10mg	amp	01
Ábumina	unid		Dimorf 10ml	amp	
Crilo	unid		Dimorf 2ml	amp	
Hemácias	unid		Dimorf SP 0,2mg	amp	
Plaquetas	unid		Dipirona	amp	
Plasma	unid		Diprospan	amp	02
MATERIAIS	UNID	QTDE	Dolantina 100mg	amp	
Abocath nº	unid		Dopamina 500mg	amp	
Aguilha desc. Para regru nº	unid		Dormonid 5mg	amp	01
Aguilha desc. Peridural nº	unid		Efertil 10mg	amp	
Cal Soda	gr		Etimidato 20mg	amp	
Cateter para O <sub>2</sub> Tipo Olhos	unid		Fentanil 10ml - 0,50mg	amp	
Eletrodos	unid	06	Fentanil 2ml	amp	01
Equipo para BIC	unid		Fentanil 5ml	amp	
Equipo para soro com Injetor Lateral	unid		Glicose 25%	amp	
Extensor de 20cm	unid		Glicose 50%	amp	
Extensor de 40cm	unid		Hajolano	amp	
Extensor de 60cm	unid		Heparina 25.000ui	amp	
Extensor de 120cm	unid		Ipsilon 1gr	amp	
Perfusor de 120cm	unid		Kefazol 1gr	amp	02
Sonda de Aspiração Traqueal nº	unid		Ketilin 1gr	amp	
Sonda Endotraqueal	unid		Ketamin 50mg	amp	
Termômetro Three-Way	unid	01	Lasix 10mg	amp	
OBRIGATÓRIO JUSTIFICAR	UNID	QTDE	Lidocaína 2% c/ vaso - 20ml	amp	01
Aguilha stimuplex	unid		Lidocaína 2% s/ vaso - 20ml	amp	
Ciprofloxacino 200mg - 200ml	unid		Narcam 0,4mg	amp	
Ciprofloxacino 400mg - 200ml	unid		Necalina 0,5% c/ Epinefrina - 20ml	amp	02
Flagyl 500mg - 100ml	unid		Necalina 0,6% s/ Vasocore - 20ml	amp	
Ipsilon 4gr	amp		Necalina Isobárica 0,5%	amp	
Kit PAM (transdutor de pressão)	unid		Necalina Pessada 0,5%	amp	
Lanexat 0,5mg	amp		Omeprazol 40mg	amp	
Naropin 10mg/ml	amp		Plamet 5mg/ml	amp	
Naropin 7,5mg/ml	amp		Plasil 5mg	amp	
Neusedron 4mg - 2ml	amp		Profenid 100mg EV	amp	
Nimblum 10mg	amp		Prostigmina 0,5mg	amp	
Pantozol 40mg	amp		Quelicim 100mg	amp	
Propofol 1% - 20ml	amp		Renitidina	amp	
Rocefin 1gr	amp		Rapifen 25mg	amp	01
Sensor Bis	unid		Rocuron 50mg - 5ml	amp	
Sevorane	ml		Solu-cotef 100mg	amp	
Sonda Endotraqueal Aramada nº	unid		Solu-cotef 500mg	amp	
Sonda Nasogástrica	unid		Sufenta 1ml	amp	
Tubo Carlens	unid		Sufenta 2ml	amp	
Tubo Polar	unid		Superan 50mg - 2ml	amp	
Vancomicina 500mg	amp		Tramal 100mg	amp	
Monitol 20% - 250ml	unid		Tramal 50mg	amp	
Aramil 10mg/ml - 1ml	amp		Transamin 50mg	amp	
Posfato de Clindamicina 150mg/ml - 4ml	amp		Vitamina K	amp	
Dopamina 5mg/ml - 10ml	amp		Sulfato de Magnesio 50% - 10ml	amp	
NÃO OBRIGATÓRIO JUSTIFICAR	UNID	QTDE	Noradrenalina 2mg/ml - 4ml	amp	
Ultivit 2mg	amp		Lidocaína Isobarica 2% - 6ml	amp	
Buscopan Composto 4mg/ml - 5ml	amp		APARELHOS	UNID	QTDE
Dramil 3mg/ml - 10ml	amp		Bomba de Infusão	hora	
Buscopan Simples 20mg/ml - 1ml	amp		Bomba de Seringa	hora	
JUSTIFICATIVA MÉDICA;			Capnógrafo	hora	
Carlo Henrique Farah Neto Médico CRM-PE 12022			Cardioscópio (ECG)	hora	16/15
			Monitor (PNI)	hora	
			Oxímetro	hora	16/15
			GASES	UNID	QTDE
			Ar Comprimido	hora	
			Óxido Nítrico	hora	
			Oxigênio	hora	

ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM

Nome do Paciente: Júlio Cesar Viana		At:	
Data: 11/01/13	Leito: 306-2	Convênio: JUSC	Inicio: 10:15 Término: 11:30
Trat. Cirúrgico de fratura de ponto - reparo de suture			
MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME
Abbcath N°	unid	Latéx	unid
Adaptador p/Soro	unid	Lâmina de Bisturi N° 01	unid
Água Destilada 20ml	unid	Lâmina de Bisturi N°	unid
Água Destilada 1000ml	unid	Lâmina de Tricotomizador	unid
Água Destilada de 500ml	unid	Liga Clips N°	unid
Akulha 13x4,5	unid	Luva 6,5	unid
Akulha 13x30	unid	Luva 7,0	unid
Akulha 25x7,0	unid	Luva 7,5	unid
Akulha 30x8,0	unid	Luva 8,0	unid
Akulha 40x12	unid	Luva 8,5	unid
Algodão Hidrófilo	gr	Máscara	unid
Algodão Ortopédico	10cm	Malha Tubular N°	cm
Algodão Ortopédico	15cm	Micropore 2,5 cm	cm
Algodão Ortopédico	20cm	Micropore 5,0 cm	cm
Algodão Ortopédico	30cm	Propés	pares
Atadura de Crepon	6cm	Placa Descartável	unid
Atadura de Crepon	10cm	Ralo X de Controle	unid
Atadura de Crepon	15cm	Seringa 01 cc	unid
Atadura de Crepon	20cm	Seringa 03cc	unid
Atadura de Crepon	25cm	Seringa 05cc	unid
Atadura de Crepon	30cm	Seringa 10cc	unid
Atadura de Gesso	10cm	Seringa 20cc	unid
Atadura de Gesso	15cm	Seringa 60cc	unid
Atadura de Gesso	20cm	Sonda Dormia	unid
Avental Descartável	unid	Sonda de Folley N°	unid
Azul de Metíleno	unid	Sonda de Asp. Traq N° 1 OUT	unid
Bolsa de Colostomia	unid	S.F 0,9% 100 ml	unid
Bolsa de Karaia	unid	S.F 0,9% 250 ml	unid
Capa Laparoscópica	unid	S.F 0,9% 500 ml	unid
Capa Microscópico	unid	S.F 0,9% 1000 ml	unid
Cateter Duplo J	unid	Surgicel	unid
Campo Impermeável Descar	unid	Talafix tipo: Luva	unid
Caneta de Bisturi	unid	Tala Gessada	unid
Cera para Osso	unid	Tipônia Descartável	unid
Compressa Grande	unid	Tre Way	unid
Clorexidina Degermante	ml	Trocater N°	unid
Clorexidina Alcoólica	ml	TAXAS	
Clorexidina Aquosa	ml	Aspirador	unid
Cotonóide	unid	Bisturi Elétrico	unid
Coletor de Urina Sist. Fech	unid	Trépano Elétrico	unid
Depo Medrol	unid	Tx. de Microscópio	unid
Dreno Penrose N°	unid	Tx. de Videocirurgia	unid
Dreno Portovac N°	unid	Tx. Intensif. de Imagem	unid
Dreno de Toráx N°	unid	Tx. Ureterorreno	unid
Equipo	unid	Tx. Ureterotripsor	unid
Espadrapo	cm	OUTROS	
Éter	ml	Coletor de Mucosidade	unid
Extensor de 20cm	unid	Cateter Single Lumen	unid
Faixa de Smarch	unid	Cateter Duplo Lumen	unid
Formol	ml	Cateter de Hemodialise	unid
Fio Gula Hidrofílico	unid	Heparina	unid
Fita Cardiaca	unid	Xilocaina S/V 20 ML	unid
Gaze 7,5x7,7	unid	Xilocaina C/V 20 ML	gr
Gaze Acolchoada	unid	Xilocaina Gel	unid
Esteranios 2%	ml	Naropin mg	unid
Gel Foan	unid	Kollagenase	gr
Gorro	unid	Adrenalina	unid
Diprospan	unid	Oximetazolina	Fr

CIRURGIÃO: Dr. M. Cesar menin  
Anestesista: Dr. Raul R. Menin  
Aux 1:

Aux 2:  
Aux 3:

INSTRUMENTADOR: M. Raul R. Menin  
CIRCULANTE: Dr. Raul R. Menin

NOME: Evandro Fimundem da Silva  
 PRONTUÁRIO: 192 3359  
 ATENDIMENTO: 13.96328  
 DATA DE NASC: 14.12.1993  
 DATA ADMISSÃO: 11.01.18  
 HORA ADMISSÃO: 11:40

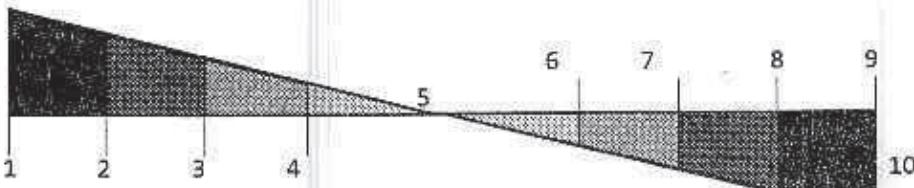
## LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

( ) HAS ( ) DM ( ) IC ( ) AVC PRÉVIO  
 ( ) IRC ( ) IRA ( ) ARRITMIAS ( ) DEMÊNCIA

( ) OUTRAS: \_\_\_\_\_

( ) ALERGIAS: \_\_\_\_\_

## SUGESTÕES DA ANESTESIA



NA ADMISSÃO: 1 / APÓS UMA HORA: 1 / ESCORE NA ALTA: 1

## ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		B) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		D) RESPIRAÇÃO		E) SpO <sub>2</sub>	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ-OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

	ACM	TS	SpO <sub>2</sub>	RR	HR	24h	24h30	36	48	72	96	120
A	2	2	2	2	2							
P	2	2	2	2	2							
C	1	1	1	1	2							
R	1	3	2	2	2							
S	1	1	1	2	2							
T	7	8	8	9	10							

## INTERCORRÊNCIAS

- ( ) HIPERTENSÃO ( ) CEFALEIA ( ) TOSSE ( ) AGITAÇÃO ( ) VAR. GLICEMIAS ( ) ANESTESIA  
 ( ) HIPOTENSÃO ( ) TONTURA ( ) SECREÇÃO ( ) DELIRIUM ( ) DIST. POTÁSSIO ( ) PARESTESIAS  
 ( ) TAQUICARDIA ( ) NÁUSEAS ( ) DISPNEIA ( ) ANSIEDADE ( ) DIST. SÓDIO ( ) PARESIA  
 ( ) BRADICARDIA ( ) VÔMITOS ( ) APNÉIA ( ) CHORO ( ) DIST. CÁLCIO ( ) AMAUROSE  
 ( ) PARADA ( ) DOR ABD. ( ) RE-IOT ( ) SUICIBILIDADE ( ) DIST. MAGNÉSIO ( ) SURDEZ

## EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Dr. Evaldo Diogenes  
 Dr. Evaldo Diogenes  
 Dr. Evaldo Diogenes  
 Dr. Evaldo Diogenes  
 Dr. Evaldo Diogenes

## CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

- ( ) PANTOZOL ( ) DIPIRONA ( ) TRAMAL ( ) PLAMET/PRASIL ( ) LORAX  
 ( ) CLEXANE ( ) PARACETAMOL ( ) MORFINA ( ) DRAMIN B6 ( ) RIVOTRIL  
 ( ) HEPARINA NF ( ) PROFENID ( ) OUTRO OPIÓIDE ( ) ONDASETRONA ( ) DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 13:05

PA: 114/55 mmHg

FC: 66

SpO<sub>2</sub>: 96

APARTAMENTO

UTI

RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

Dr. Evaldo Diogenes

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

CRM 10169

NOME DO PACIENTE: CONVÉNIO: AMM

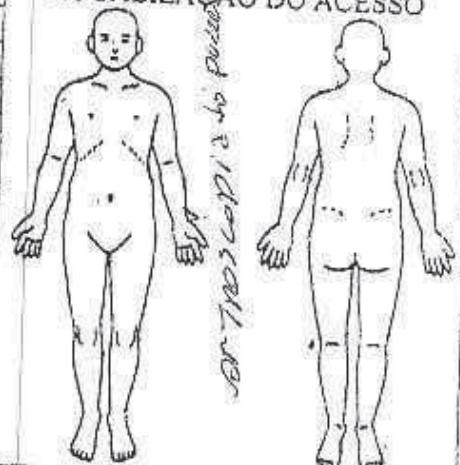
Prescrição médica:

Assinatura e carimbo

DR. JOSE ALBERTO +  
 DR. CARLOS BRAVO. Presidente  
 Sociedade Brasileira. DS 13.05.1951  
 S/ 725 RPPA Encarregado do R  
 Centro Brasileiro.  
 José Alvaro Alves de Souza  
 Ret. de Enfermagem  
 CONCEPÇÃO 246356  
 Assinatura e carimbo  
 SECRETARIA  
 CORPO DE GUARDA  
 19

Nome do Paciente: 71290 Fernandes de Souza  
 Convênio: 1556 C Data: 11/10/2018 Leito: 506-3  
 Nº Atendimento: 7.356.328 Cirurgião: José M. C. Cirurgia: 25/10/2018 à 09:00h

ATIVIDADE	SIM/ESPEC	NAO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO
Jejum				
Reserva de sangue	Data: 10 hora: 22			
Lavagem intestinal		✓		
Banho pré operatório	Hora: Evac ( )	✓		
Acesso venoso	Hora:			
Ficha pré anestésica preenchida				
Medicação pré anestésica				
ECG				
Exames laboratoriais				
Rayo X / Imagens				
Retirada de prótese dentária/ lentes				
Retirada de adornos/esmalte de unha				
Alergias				
Encaminhado por:	Hora:	Recebido por:		Hora:
Medicamentos em uso:				
PA: mmHg; Hora: bpm; T: °C; SpO2: %; Dor: 0		Transportado em: ( ) Maca ( ) Cadeira ( ) Deambulando		
0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10+ insuportável				



## Admissão no Centro Cirúrgico

08/08/2018 08:50 pactado 5 pco-DR 10:25 no cora  
 02/10/2018 08:50 pactado 5 pco-DR 10:25 no cora  
 02/10/2018 08:50 pactado 5 pco-DR 10:25 no cora  
 02/10/2018 08:50 pactado 5 pco-DR 10:25 no cora

## Trans-Operatório

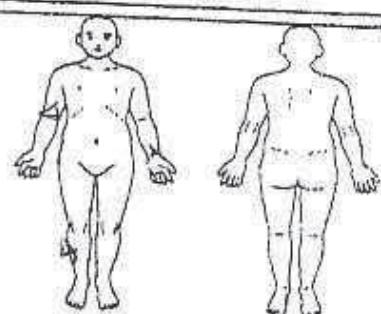
Sala	Circulante	Instrumentadora	Anestesista	Início	Término
( )					
( )	Raios X / Imagens		( ) Material p/ anátomo- patológico		Discriminar:
( )	Tricotomia Hora: _____	Região: _____			
( )	Hemotransfusão		( ) Material p/ laboratório		Discriminar:
( )	Ex. laboratoriais				
( )	ECG				

## Cirurgia realizada:

Posição do paciente na mesa cirúrgica:  
 DD  LD  LE  GINECOLÓGICA  
 Outras: \_\_\_\_\_

## Legenda:

- Placa de bisturi
- Monitorização Cardíaca
- Incisão Cirúrgica
- Garrote Pneumático/  
Faixa de Smarch
- Punção venosa



## Preparo da pele:

- Clorexidina degermante  PVPI tópico
- Clorexidina alcoólica  PVPI degermante

UNICLINIC  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL



## PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO

NOME: Tiago Fernandes da Silveira

CONVÉNIO: JWIC LEITO: 506 2 IDADE: 24 SEXO: M DATA: 11.01.18

PROCEDIMENTO REALIZADO: Fixatura e/ou ligadura de guia e irrigação

### ETIQUETA DO CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

**UNICLINIC** CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL:	<u>Bójica</u>		
Nº DE PEÇAS:	<u>32 Peças</u>	RESP. PREPARO:	<u>Oxom</u>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:	<u>10/01/18</u>	Nº DO LOTE:	<u>2308</u>
OBS / CIRURGIÃO:			
ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E/OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER INTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.			

**UNICLINIC** CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL:	<u>Ceramed de fundo normal</u>		
Nº DE PEÇAS:			
RESP. PREPARO:	<u>Técnico</u>		
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:	<u>09/01/18</u>	Nº DO LOTE:	<u>21125</u>
OBS / CIRURGIÃO:	<u>DR. - Dr. Dicas Dicas do 13-000HS</u>		
ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E/OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER INTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.			



**UNICLINIC**  
CONFIRMA  
ORIGINAL



CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL:

Pneumafico

Nº DE PEÇAS:

—

RESP. PREPARO:

Sandra

DATA DA ESTERILIZAÇÃO:

10.01.18

Nº DO LOTE:

22.5.5

OBS / CIRURGIÃO: DR. João Ricardo

Clarend 10.01 15:00hs

ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E / OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER INTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.

COMPREM SEGUROS  
E PREVENDA A SIA

11 OUT 2018

02 recaudo 29/12 15:00hs

RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL:

Flujo normal

Stand

Nº DE PEÇAS:

—

RESP. PREPARO:

Venâncio

DATA DA ESTERILIZAÇÃO:

07.12.17

Nº DO LOTE:

22.LX

OBS / CIRURGIÃO: convenção p/ dr. juan

Ricardo

ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E / OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER INTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.



CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL:

Perfurador Unidinic

RESP. PREPARO:

Ratia

Nº DE PEÇAS:

01

Nº DO LOTE:

15.50

DATA DA ESTERILIZAÇÃO:

09/01/18

OBS / CIRURGIÃO: (01) eucal, 03 ponta,

01 respirador, 01 mangueira)

ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E / OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER INTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.

UNICLINIC  
CONFIRME O  
ORIGEM





O hospital da sua vida

### OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 12/10/18  
CONVÉNIO: Msc  
LEITO: 306-2

NOME: François Fernando da Silva

TURNO: 11

#### AC. VENOSO:

CVP  Local

#### RESPIRAÇÃO:

Ar ambiente  Cat. Nasal  Venturi %

MNBZ  Másc. Reservatória 100%  Spo<sup>2</sup> %

#### DIETA:

VO  SNE  SNG  GTT  NPT

Zero  
Para:

Observações:

*COLIPRE*  
E.P.R.  
11 OUT 2018

TURNO:

#### AC. VENOSO:

CVP  Local  Dissecção

#### RESPIRAÇÃO:

Ar ambiente  Cat. Nasal  Venturi %

MNBZ  Másc. Reservatória 100%  Spo<sup>2</sup> %

#### DIETA:

VO  SNE  SNG  GTT  NPT

Zero  
Para:

Observações:

*UNICLINIC*  
O NOME DO PACIENTE  
O NOME DO ENFERMEIRO  
O NOME DO COREN:

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:



uniclinic O hospital da sua vida

O hospital da sua vida

GASTOS HOSPITALARES

290 *Fernandes*

100

C. hospital de sus vida

C. hospital de sus vida

Convênio: 1000 Data: 09/01/18

Convívio

Date: 09/06/08

GASTOS HOSPITALARES

ago Fernandes

100

C. hospital de sus vida

C. hospital de sus vida

Convênio: 1000 Data: 09/01/18

Convívio

Date: 09/06/08

Paciente	Tiago Fernandes da Silva	Atendimento	1.356.328
Data Nascimento	14/12/1993	Prontuário	423.359
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	08/01/2018 15:27:48
Telefone	987161923	Convenio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	506-2		

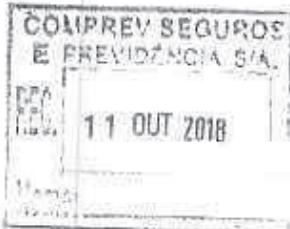
Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

## Evolução MT 12/01/2018

### HD: P.O DE PUNHO E

- Nível de consciência/orientação ( ): Consciente e orientado;
- Locomoção ( ): Deambula
- Padrão respiratório ( ): Eupnélico, em ar ambiente;
- PA ( ): Normotensão e normocárdico;
- Dieta ( ): VO;
- Incisão cirúrgica( ): PUNHO E
- Venoclise e disposição de infusão ( ): AVP
- esôes ( ): PELE INTEGRA PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais ( ): Espontâneas;
- Queixas ( ): não refere
- Perfusion ( ): Boa.



PCTE EM P.O DE FRATURA DE PUNHO E  
DIETA V.O

REALIZO CUTAIVO DE MID, PONTOS INTEGROS, MANTENHO TALA  
NEGA HAS, DM E ALÉRGIAS MEDICAMENTOSAS.  
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

Carolina M. Gadelha  
Enfermeira  
08/01/2018

Ana Carolina Machado Gadelha /

UNICLINIC  
CONFIRME COM O  
ORIGINAL





GASTOS HOSPITALARES

## Taylor friends

Author:

O hospital da sua vida

Material	Título
Agulha para injeção 10ml	Agulha 13x4,5
Agulha para injeção 20ml	Agulha 25x7
Agulha 30x8	Agulha 40x12
Caertei nasal	Eletrodo
Equipamento para bomba de infusão	Equipamento para bomba de infusão
Equipos para bomba de infusão	Equipos para bomba de infusão
Equipo siringas	Equipo siringas
Extensor 20cm	Fita para glicemia + frascos
Gazete acolchada	Gazete simples
Gazete simples	Infusol
IV 3000	Lava estéril
Lava procedimento	Seringa 20cc
Seringa 10cc	Seringa 5cc
Seringa 5cc	Seringa 3cc
Seringa Insulina	Seringa SNG
Seringa SNG	SF 0,3% 100ml
SF 0,3% 100ml	SF 0,9% 250ml
SF 0,9% 250ml	SG 5,0% 250ml
SG 5,0% 250ml	Tromca Tree Way
Tromca Tree Way	Consejua

CURATIVO CVC CONVENCIONAL	<input type="checkbox"/>	PASSAGEM DE SVD	<input type="checkbox"/>
MASCARA: 01		MASCARA: 01	
LJAVA ESTÉRIL: 01		LJAVA ESTÉRIL: 01	
SONDA FOLLEY N°: 01		SONDA FOLLEY N°: 01	
COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01		COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01	
GAZES SIMPLES: 20		GAZES SIMPLES: 20	
CLOREXIDINA: 15ml		CLOREXIDINA: 15ml	
MASCARA: 01		MASCARA: 01	
SF 0,9% 10ml: 01		SF 0,9% 10ml: 01	
CURATIVO CI/ATADURA	<input type="checkbox"/>	AGULHA 40X12: 01	<input type="checkbox"/>
ATADURA: _____ cm		XILOCAINA GEL: 05gr	
MACROPORE: 20cm		ABD: 10ml: 02	
LJAVA DE PROCEDIMENTO: 01		RETIRAR ACESSO PERIFERICO	<input type="checkbox"/>
CLOREXIDINA: _____ 15ml		LJAVA PROCEDIMENTO: 01	
MASCARA: 01		ALGODÃO: 15gr	
SF 0,9% 10ml: 02		SV ALIVO	<input type="checkbox"/>
CUBATIVO TOT	<input type="checkbox"/>	GORRO: 01	
GAZES SIMPLES: 30x20		MASCARA: 01	
SF 0,9% 10ml: 01		LJAVA ESTÉRIL: 01 PAR	
LJAVA DE PROCEDIMENTO: 03+01		SONDA URETRAL N°: 01	
MASCARA: 01		CLOREXIDINA ADOSA: 15ml	
CURATIVO GTT	<input type="checkbox"/>	GAZES: 10	
GAZES SIMPLES: 20		XILOCAINA GEL: 05gr	
SF 0,9% 10ml: 01		RETIRAR SNG	<input type="checkbox"/>
LJAVA DE PROCEDIMENTO: 01		MASCARA: 01	
MASCARA: 01		LJAVA DE PROCEDIMENTO: 01	
PASSAGEM DE SNG	<input type="checkbox"/>	SERINGA DE 20CC: 01	
SONDA SNG N°: 01		GASTO DO ÓBITO	<input type="checkbox"/>
LJAVA ESTÉRIL: 01		LENÇOIS: 02	
XILOCAINA GEL: 05gr		ALGODÃO: 600gr	
GAZES SIMPLES: 10		ESPARADRAPO: 20cm	
SERINGA: 20CC: 01		LJAVA DE PROCEDIMENTO: 01	
ETÉR: 10ml		MASCARA: 01	
ESPARADRAPO: 10cm		GORRO: 01	

NETRO	Dealing with	Dealing with	Or
-------	--------------	--------------	----

Paciente: Tiago Fernandes da Silva  
 Data Nascimento: 14/12/1993 24 Anos  
 Sexo: Masculino  
 Telefone: 987161923  
 Leito: 506-2

Atendimento: 1.356.328  
 Profissional: 423.359  
 Dr. Entrada: 08/01/2018 15:27:48  
 Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
13/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Maria de Fátima Araujo Martins	

Enfermeiro(a): MARIA FÁTIMA A. MARTINS

**EVOLUÇÃO MANHÃ 13/01/2018**

HD: P.O DE PUNHO E

- Nível de consciência/orientação ( ): Consciente e orientado;
- Locomoção ( ): Deambula
- Padrão respiratório ( ): Eupnélico, em ar ambiente;
- PA ( ): Normotensão e normocárdico;
- Dieta ( ): VO;
- Incisão cirúrgica( ): PUNHO E
- Venoclise e disposição de infusão ( ): AVP
- Lesões ( ): PELE INTEGRA PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais ( ): Espontâneas;
- Queixas ( ): não refere
- Perfusion ( ): Boa.



PACIENTE EM TTO CIRÚRGICO EVOLUI ESTÁVEL,  
 PCTE EM P.O DE FRATURA DE PUNHO E  
 DIETA V.O  
 REALIZO CUTAIVO DE MID, PONTOS INTEGROS, MANTENHO TALA  
 AS RETIRADO AVP.  
 AS SAIU DE ALTA HOSPITALAR.

MARIA DE FÁTIMA ARAUJO MARTINS

Maria de Fátima Araujo Martins  
 Enfermeira  
 COREN-CE 520766

CONFIDENCIAL  
 ORIGEM  
 11/01/2018



uniclinic  
o hospital da sua vida

NOME DO PACIENTE:

CREDENCIAMENTO:

Twins Fernandes da Silva

ENF./APTO.:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

0801 Piora M. brad

pt not empr

COMPENS. SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA

11 OUT 2018

CPF: 42.366.406-53  
CRM: 5249  
Gespedeira Tumaria  
Dr. José Ricardo Andrade

0801 Orientação  
Empr. pt brad

PE: 123.999.406-53  
CRM: 5249  
Pricípia Tumaria  
aprendiz

100118 A fundo

Dr. Victor Monte Tenório  
Ginecologia e Obstetrícia  
CRM CE 11957 TEOF 13504

Dr. Victor Monte Tenório  
Ginecologia e Obstetrícia  
CRM CE 11957 TEOF 13504

11-01-18 A fundo

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

110118 ~~Permanente de~~  
~~à ambulatório~~

Dr. Vitor Moreira Guedes  
Centro de Esportes e Recreação  
CRF-CE 11801 REGI 2004

COMPRENSÍVEIS  
E DIFÍCIL DE DIZER

11 OUT 2018

11  
88

01262018

18 0202018

001.900

0ct 22 5 0

endoscos

Dr. Evaldo Drôgão  
CRM 11801  
Médico Gastroenterologista

120118 ~~Permanente de~~  
~~à ambulatório~~

130118 ~~Permanente de~~  
~~à ambulatório~~  
Affe florido

CRM 11801  
Médico Gastroenterologista

Name: \_\_\_\_\_

8 hospital da sua vida  
Giago Fernandes da Silva  
506-2

NOTE.

Unidade / Serviço: \_\_\_\_\_

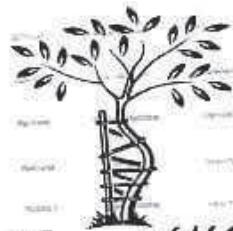
Admissão: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

~~COMPRE Y SEGURO~~

11.09.2016

MOD. 3





*Dr. Charles Samuel Marques Dantas*

Ortopedia / Traumatologia / Artroscopia e Cirurgião do Joelho

CRM: 14474 / TEOT 12676

FISIOTERAPIA

PACIENTE: TIAGO FERNANDES DA SILVA

FISIOTERAPIA PUNHO E

HD: FRATURA PUNHO E



10 sessões

Dr. Charles Samuel M. Dantas  
Traumatologia - Ortopedia  
Artroscopia e Cirurgia do Joelho  
CREMED 14474 - TEOT 12676

Avenida Aguanambi- 332 – Bairro de Fátima – Fortaleza - Ceará  
60055-402 PABX: (85) 33116000 - UNICLINI@UNICLINIC.COM.BR  
WWW.UNICLINIC.COM.BR

 **UNICLINIC**  
O Hospital da sua vida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: TIAGO FERNANDES DAS NEVES

ATESTADO MÉDICO

TESTEMUNHA: ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS TRABALHISTAS, A PEDIDO DO PACIENTE, QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ATENDIDO NESTE SERVICO NA DATA DE HOJE AS 14:08H RELATANDO A EDEMA DE MOTO ONDE ERA CONDUTOR APRESENTANDO AO EXAME FISICO DEFORMIDADE ESQUERDO. E RADIOGRAFIA COMPATIVEL COM FRACTURA EM PUNHO ESQUERDO.

Av. Presidente Getúlio Vargas, 17204 CRM  
LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS  
Data: 05/01/2018  
MOP/SE  
CRE-PE/17204  
Dra. Ludimila B. de Vasconcelos

10

manuá com recursos públicos, provenientes de **outros impostos e contribuições sociais** para a União - CEP 60.900.000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-0000

Av Presidente Getúlio Vargas, 511 - Colônia - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-2321

PREScrição MEdICA

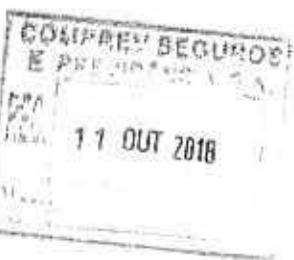
Prentice: 22420

Paciente: TIAGO FERNANDES DA SILVA  
ATESTADO MÉDICO  
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS TRABALHISTAS, A PEDIDO DO PACIENTE, QUE O PACIENTE SUPRATICITADO FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO NA DATA DE HOJE ÀS 14:08H RELATANDO A ACIDENTE DE MOTO ONDE ERA CONDUTOR, APRESENTANDO AO EXAME FÍSICO DEFORMIDADE E EDEMA EM PUNHO ESQUERDO E RADIOGRAFIA COMPATIVEL COM FRATURA EM PUNHO ESQUERDO.

Data:	05/01/2018	Dra. Ludimila B. de Vasconcelos
Módulo:	17204	LUDIMILA BEZERRA DE VASCONCELOS
CREME:	17204	17204CRM
		Av Presidente Getúlio Vargas, 50300000

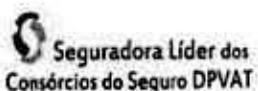
Av Presidente Castelo Branco, 511 - Colônia - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-2321







# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374317/18

**Vítima:** TIAGO FERNANDES DA SILVA

**CPF:** 065.706.113-13

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/01/2018

**Titular do CPF:** TIAGO FERNANDES DA SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**BILLY JACKSON COSTA ALVES : 620.430.213-20**

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

**TIAGO FERNANDES DA SILVA : 065.706.113-13**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018  
Nome: BILLY JACKSON COSTA ALVES  
CPF: 620.430.213-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

BILLY JACKSON COSTA ALVES

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180481138      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO FERNANDES DA SILVA      **Data do acidente:** 05/01/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

Outorgante: TIAGO FERNANDES DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão P.M DO CEAN, residente e domiciliado à Rua AUGUSTO FILHO, nº 1090, bairro VILA VELUTA, Município de PORTO ALEGRE, Estado de(o) S.E.D.H.A., Cep 60345-936, portador(a) do Rg nº 2005010264938, SSP/CE e CPF nº 069.706.113-13.

Outorgado: BILLY JACKSON COSTA ALVES, brasileiro(a),  
estado civil CASADO, profissão LECLUSO, residente e domiciliado(a) à  
Rua G, nº 301, bairro Vila Velha,  
Município de FORTALEZA, Estado de (o) CEARÁ, Cep: 60349-070,  
portador (a) do RG nº 1315304 MTE SSP/ Ceará e CPF nº 622.430.213-22.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Tiago FERNANDES DA SILVA, ocorrido em 05/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

FotoLeza 11 de Outubro de 2018.

*...Teresa Fernandes...do...Silva...*  
Outorgante  
CPF N° .....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374317/18

**Vítima:** TIAGO FERNANDES DA SILVA

**CPF:** 065.706.113-13

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/01/2018

**Titular do CPF:** TIAGO FERNANDES DA SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### BILLY JACKSON COSTA ALVES : 620.430.213-20

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

### TIAGO FERNANDES DA SILVA : 065.706.113-13

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018  
Nome: BILLY JACKSON COSTA ALVES  
CPF: 620.430.213-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

BILLY JACKSON COSTA ALVES

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA