



Número: **0809048-62.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **30/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA (AUTOR)		PLINIO MAX MELO (ADVOGADO) FRANCISCO GETULIO DE OLIVEIRA ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43638080	30/05/2019 11:18	<a href="#">COMUNICADO DPVAT</a>	Documento de Comprovação
43638081	30/05/2019 11:18	<a href="#">DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
43638091	30/05/2019 11:18	<a href="#">PROCESSO</a>	Documento de Comprovação
43638094	30/05/2019 11:18	<a href="#">PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO</a>	Procuração
43638102	30/05/2019 11:18	<a href="#">Substabelecimento - PLINIO</a>	Substabelecimento
43643601	31/05/2019 10:59	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
44097717	06/06/2019 11:20	<a href="#">Citação</a>	Citação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190111163**

**Vítima: LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA**

**Data do Acidente: 27/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000002380**

Conta: **000006711-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**RN**

NOME  
**LINDOLMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**001716107 ITP RN**

CPF  
**012.556.324-88**

DATA NASCIMENTO  
**15/07/1977**

FILIAÇÃO  
**FRANCISCO PEREIRA NETO**  
**SEBASTIANA DA SILVA**

PERMISSÃO  
**AB**

ACC  
**AB**

CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**05980977136**

VALIDADE  
**29/04/2023**

1ª HABILITAÇÃO  
**21/01/2014**

OBSERVAÇÕES

**LINDOLMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA**

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**MOSSORO, RN**

DATA EMISSÃO  
**02/05/2018**

**Luiz Edgardo Machado Pereira**  
Diretor Geral - Detran/RN  
ASSINATURA DO EMISSOR

**64210864954**  
**RN703475495**

**RIO GRANDE DO NORTE**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1563889407**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1563889407**



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1330980175

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOZ, 150, BALDO  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



**cosern**  
Grupo Neoenergia  
www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria: 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-  
ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

**DADOS DO CLIENTE!**  
**FRANCISCO PEREIRA NETO**

**DATA DE VENCIMENTO**  
**13/02/2019**

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**

06/02/2019

**DATA DA APRESENTAÇÃO**

06/02/2019

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**

019190808

**CONTA CONTRATO**  
**0468924013**

**CLASSIFICAÇÃO**  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

**ENDEREÇO**

RUA JOSE DE CHICO 254 -DOM JAIME  
CAMARA/AREA URBANA -59628-830  
MOSSORO RN -

**TOTAL A PAGAR**

**R\$ 5,08**

**PERÍODO CONSUMO**

07/01/2019 a 06/02/2019

**CONSUMO**

30

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

**CONTA CONTRATO**

0468924013

**MÊS/ANO**

02/2019

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 5,08

**VENCIMENTO**

13/02/2019

**TALÃO DE PAGAMENTO**

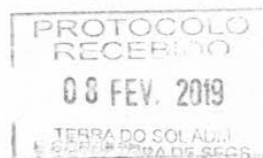
**Evite dobrar e perfurar ou rasurar.**  
**Este canhoto será usado em leitora ótica.**

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

838800000003 050800384004 468924013200 011442678539



*Q. Viti*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN  
Nº 013710891158  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VA COD RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
01081539571 2018

NOME  
LINDGELIA FARIAS DA SILVA VIEIRA

CPF / CNPJ  
012.556.324-88

PLACA ANT / UP  
Q3E3492

PLACA  
Q3E3492

CHASSI

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

ANO FAB.  
2018

ANO MOD.  
2018

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

CATEGORIA  
PARTICULAR

VEIC. COTA ÚNICA  
1º 27/03/2018

VEIC. COTAS  
1º 27/03/2018

VEIC. COTAS  
2º 27/03/2018

VEIC. COTAS  
3º 27/03/2018

VEIC. COTAS  
4º 27/03/2018

VEIC. COTAS  
5º 27/03/2018

VEIC. COTAS  
6º 27/03/2018

VEIC. COTAS  
7º 27/03/2018

VEIC. COTAS  
8º 27/03/2018

VEIC. COTAS  
9º 27/03/2018

DENATRAN

CONTRAN

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

RN Nº 013710891158 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO  
2018

DATA EMISSÃO  
08/08/2018

PLACA  
Q3E3492

CPF / CNPJ  
012.556.324-88

RENAVAM  
01081539571

MARCA / MODELO  
HONDA / NXR 160 BROS

ANO FAB.  
2018

ANO TAB.  
2018

Nº CHASSI  
9C2KD1000GR004386

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SEGURO SEGUADO (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

2018 / 08

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
08 FEV. 2019  
TERRA DO SOL ADM  
L. 1000 - 1ª FASE DE SEGS.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

PROFESSOR  
RECEBIDO  
08 FEV. 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012537/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2019 13:33 Data/Hora Fim: 07/02/2019 13:55  
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 27/11/2018 11:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Logradouro: Rua Francisco Pereira de Azevedo

Beiró: Dom Jaime Câmara  
Nº: s/n

Ponto de Referência: Em frente ao posto Fan

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA SALETE DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Governador Dix- Sexo: Feminino

Nasc: 18/02/1954

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Ana da Silva

Nome do Pai: Antonio Pereira da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002439868

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Cel José Nicácio

Complemento: casa

Beiró: Dom Jaime Câmara

Nº: 206

CEP: 59.628-810

Nome Civil: CLAUDE ANTONIO DO NASCIMENTO (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Parnamirim

Sexo: Masculino

Nasc: 20/09/1972

Profissão: Fotógrafo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Josefa Antonia de Nascimento

Nome do Pai: José Antonio do Nascimento

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 913.605.014-87

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Genésio X Rebouças

Beiró: Alto de São Manoel

Telefone: (84) 98781-8407 (Celular)

Nº: 434

CEP: 59.631-300

Nome Civil: LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Feminino

Nasc: 15/07/1977



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz  
Impresso por: Luiz Valério de Sales Nobre  
Data de Impressão: 07/02/2019 13:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

27/11/2018 12:13

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55193928	Prontuário: 8710242
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto:	Leito: /
Profissional(is): CAMILA FERREIRA REBOUCAS CRM 8278 [1]	Nº: 30744026	27/11/2018 às 12:05

## ANAMNESE

Queixa Principal PCT VITIMA DE TRAUMA COLISAO MOTO CARRO HA 20 MINUTOS COM DOR EM FACE E SANGRAMENTO EM RAIZ DO NARIZ E DOR EM PUNHO DIREITO. EM USO DE CAPACETE [1]

AO EXAME: BEG.,LOTE, EUPNEICO, GLASGOW 15  
ACP: DENTRO DA NORMALIDADE  
ABDOME INOCENTE

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 T14 TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

## EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

## DIAGNÓSTICO

CID10 T14 TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO [1]

CID10 T14 TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO [1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Alto Declaratório





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão 27/1/2018 12:13

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR		DL Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55193928
Convenio: HAPVIDA MOSSORO		Nº Prescrição: 19327491	Prontuário: 8710242
Posto: REC EMG - HOSP MOSSORO		Leito: /	Peso: kg
1. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Aqua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MK) Agora EV
		18 ml	CRM-8278
2. GLICEMIA PELA FITA ( DX ) / HGT			
3. CURATIVO PEQUENO			
4. SINAIS VITAIS			
5. TALA LUVA			
Profissionais CRM-8278		CAMILA FERREIRA REBOUCAS	





# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

27/11/2018 13:49

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR DL Nasc.: 15/07/1977 Atendimento: 55193928 Prontuário: 8710242  
 Convênio: HAPVIDA MOSSORO Posto: POSTO EMERGENCIA Leito: 310205/2

Profissional(is): MARIO MARCOS ANTONIO DA SILVA CRM 7026 [1] Nº: 30748240 27/11/2018 às 13:49

## ANAMNESE

**Queixa Principal**  
 PCT VITIMA DE TRAUMA COLISAO MOTO CARRO HA 20 MINUTOS COM DOR EM FACE E SANGRAMENTO EM RAIZ DO NARIZ E DOR EM PUNHO DIREITO. EM USO DE CAPACETE [1]  
 AO EXAME: BEG.,LOTE, EUPNEICO, GLASGOW 15  
 ACP: DENTRO DA NORMALIDADE  
 ABDOME INOCENTE

## Queixa Principal

**Diagnóstico Inicial**  
 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

**CID10**  
 T14 TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO [1]

**Alergias**  
 Não [1]

**Medicação Em Uso**  
 Não [1]

**Antecedentes Patológicos Familiar**  
 Não [1]

## EXAME FÍSICO

**Aspecto Geral**  
 PCT VITIMA DE TRAUMA COLISAO MOTO CARRO HA 20 MINUTOS COM DOR EM FACE E SANGRAMENTO EM RAIZ DO NARIZ E DOR EM PUNHO DIREITO. EM USO DE CAPACETE [1]  
 AO EXAME: BEG.,LOTE, EUPNEICO, GLASGOW 15  
 ACP: DENTRO DA NORMALIDADE  
 ABDOME INOCENTE

**Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?**  
 Sim [1]

## DIAGNÓSTICO

**CID10**  
 T14 TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO [1]

**CID10**  
 T14 TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO [1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

**Alta Após Medicação E Cuidados**  
 Alta após cuidados e/ou medicação [1]



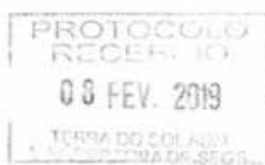
MENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MARIO MARCOS ANTONIO DA SILVA:02819013414, às 16:45BRT de 27/11/2018

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1  
Emissão 27/11/2018 13:49

<b>Paciente:</b> LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR		<b>Dt. Nasc.:</b> 15/07/1977		<b>Atendimento:</b> 55193928	
<b>Convenio:</b> HAP/IDA MOSSORO		<b>Nº Prescrição:</b> 19327491		<b>Prontuário:</b> 8710242	
<b>Posto:</b> POSTO EMERGENCIA		<b>Leito:</b> 310205/2		<b>Peso:</b> kg	
<b>6. PROFENID IV (100.00mg)</b>		<b>100 mg</b>	<b>1 FRAP (C/100MG)</b>	<b>Agora</b>	<b>EV</b>
<b>Soro Fisiologico 0,9%</b>		<b>100 ml</b>			
<b>CRM-7026</b>					

**Profissionais** CRM-8278 CAMILA FERREIRA REBOUCAS  
CRM-7026 MARIO MARCOS ANTONIO DA SILVA



# MM **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 37138247**

1 - Registro Ans 3 - N. Guia Principal 37138247 Prioridade 4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Data de Emissão da Guia

ANS nº 0

PRIORIDADE ALTA

27/11/2018

8 - Número da Carteira 85064000081035015

9 - Plano PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMAR

10 - Validade da Carteira

11 - Nome LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000140

14 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

16 - Nome do Profissional Solicitante CAMILA FERREIRA REBOUCAS

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitação 27/11/2018 12:01

22 - Caracter da Solicitação U E - Exibir U - Urgência/Emergenci

23 - CID 10 T14

24 - Indicação Clínica TRAUM DE REGAO NE DO CORPO

25 - Tabela 26 - Código do Procedimento 32030118

27 - Descrição RAOX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS (lado Direito)

28 - Data, Hora, 29 - Cidade, Aut

## DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código no Operador/CNPJ/CPF 12361267000140

31 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

32 - T. Log.

33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cod. IBGE

39 - CEP

40 - Código CINES

41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF ao Exec. Contr. 7391076441

42 - Nome do Profissional Especialista/Complementar CAMILA FERREIRA REBOUCAS

43 - Contato Profissional CRM

44 - Número no Conselho 8278

45 - UF RN

46 - Código CBO S

47 - Grau de Participação

## DADOS DO ATENDIMENTO

48 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Tempos 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Iluminado 08 - Quiroscópio 09 - Radiografia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva

49 - Tipo de Doença

50 - Tempo de Doença

51 - Data 27/11/2018

52 - Hora Inicial

53 - Hora Final

54 - Dia

55 - Código do Procedimento

56 - Data, Hora, 57 - Cidade, 58 - Via, 59 - Loc, 60 - Sítio / Aceite, 61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Valor Total - R\$

64 - Valor Total - R\$

65 - Valor Total - R\$

66 - Valor Total - R\$

67 - Valor Total - R\$

68 - Valor Total - R\$

69 - Valor Total - R\$

70 - Valor Total - R\$

71 - Valor Total - R\$

72 - Valor Total - R\$

73 - Valor Total - R\$

74 - Valor Total - R\$

75 - Valor Total - R\$

76 - Valor Total - R\$

77 - Valor Total - R\$

78 - Valor Total - R\$

79 - Valor Total - R\$

80 - Valor Total - R\$

81 - Valor Total - R\$

82 - Valor Total - R\$

83 - Valor Total - R\$

84 - Valor Total - R\$

85 - Valor Total - R\$

86 - Valor Total - R\$

87 - Valor Total - R\$

88 - Valor Total - R\$

89 - Valor Total - R\$

90 - Valor Total - R\$

91 - Valor Total - R\$

92 - Valor Total - R\$

93 - Valor Total - R\$

94 - Valor Total - R\$

95 - Valor Total - R\$

96 - Valor Total - R\$

97 - Valor Total - R\$

98 - Valor Total - R\$

99 - Valor Total - R\$

100 - Valor Total - R\$

101 - Valor Total - R\$

102 - Valor Total - R\$

103 - Valor Total - R\$

104 - Valor Total - R\$

105 - Valor Total - R\$

106 - Valor Total - R\$

107 - Valor Total - R\$

108 - Valor Total - R\$

109 - Valor Total - R\$

110 - Valor Total - R\$

111 - Valor Total - R\$

112 - Valor Total - R\$

113 - Valor Total - R\$

114 - Valor Total - R\$

115 - Valor Total - R\$

116 - Valor Total - R\$

117 - Valor Total - R\$

118 - Valor Total - R\$

119 - Valor Total - R\$

120 - Valor Total - R\$

121 - Valor Total - R\$

122 - Valor Total - R\$

123 - Valor Total - R\$

124 - Valor Total - R\$

125 - Valor Total - R\$

126 - Valor Total - R\$

127 - Valor Total - R\$

128 - Valor Total - R\$

129 - Valor Total - R\$

130 - Valor Total - R\$

131 - Valor Total - R\$

132 - Valor Total - R\$

133 - Valor Total - R\$

134 - Valor Total - R\$

135 - Valor Total - R\$

136 - Valor Total - R\$

137 - Valor Total - R\$

138 - Valor Total - R\$

139 - Valor Total - R\$

140 - Valor Total - R\$

141 - Valor Total - R\$

142 - Valor Total - R\$

143 - Valor Total - R\$

144 - Valor Total - R\$

145 - Valor Total - R\$

146 - Valor Total - R\$

147 - Valor Total - R\$

148 - Valor Total - R\$

149 - Valor Total - R\$

150 - Valor Total - R\$

151 - Valor Total - R\$

152 - Valor Total - R\$

153 - Valor Total - R\$

154 - Valor Total - R\$

155 - Valor Total - R\$

156 - Valor Total - R\$

157 - Valor Total - R\$

158 - Valor Total - R\$

159 - Valor Total - R\$

160 - Valor Total - R\$

161 - Valor Total - R\$

162 - Valor Total - R\$

163 - Valor Total - R\$

164 - Valor Total - R\$

165 - Valor Total - R\$

166 - Valor Total - R\$

167 - Valor Total - R\$

168 - Valor Total - R\$

169 - Valor Total - R\$

170 - Valor Total - R\$

171 - Valor Total - R\$

172 - Valor Total - R\$

173 - Valor Total - R\$

174 - Valor Total - R\$

175 - Valor Total - R\$

176 - Valor Total - R\$

177 - Valor Total - R\$

178 - Valor Total - R\$

179 - Valor Total - R\$

180 - Valor Total - R\$

181 - Valor Total - R\$

182 - Valor Total - R\$

183 - Valor Total - R\$

184 - Valor Total - R\$

185 - Valor Total - R\$

186 - Valor Total - R\$

187 - Valor Total - R\$

188 - Valor Total - R\$

189 - Valor Total - R\$

190 - Valor Total - R\$

191 - Valor Total - R\$

192 - Valor Total - R\$

193 - Valor Total - R\$

194 - Valor Total - R\$

195 - Valor Total - R\$

196 - Valor Total - R\$

197 - Valor Total - R\$

198 - Valor Total - R\$

199 - Valor Total - R\$

200 - Valor Total - R\$

201 - Valor Total - R\$

202 - Valor Total - R\$

203 - Valor Total - R\$

204 - Valor Total - R\$

205 - Valor Total - R\$

206 - Valor Total - R\$

207 - Valor Total - R\$

208 - Valor Total - R\$

209 - Valor Total - R\$

210 - Valor Total - R\$

211 - Valor Total - R\$

212 - Valor Total - R\$

213 - Valor Total - R\$

214 - Valor Total - R\$

215 - Valor Total - R\$

216 - Valor Total - R\$

217 - Valor Total - R\$

218 - Valor Total - R\$

219 - Valor Total - R\$

220 - Valor Total - R\$

221 - Valor Total - R\$

222 - Valor Total - R\$

223 - Valor Total - R\$

224 - Valor Total - R\$

225 - Valor Total - R\$

226 - Valor Total - R\$

227 - Valor Total - R\$

228 - Valor Total - R\$

229 - Valor Total - R\$

230 - Valor Total - R\$

231 - Valor Total - R\$

232 - Valor Total - R\$

233 - Valor Total - R\$

234 - Valor Total - R\$

235 - Valor Total - R\$

236 - Valor Total - R\$

237 - Valor Total - R\$

238 - Valor Total - R\$

239 - Valor Total - R\$

240 - Valor Total - R\$

241 - Valor Total - R\$

242 - Valor Total - R\$

243 - Valor Total - R\$

244 - Valor Total - R\$

245 - Valor Total - R\$

246 - Valor Total - R\$

247 - Valor Total - R\$

248 - Valor Total - R\$

249 - Valor Total - R\$

250 - Valor Total - R\$

251 - Valor Total - R\$

252 - Valor Total - R\$

253 - Valor Total - R\$

254 - Valor Total - R\$

255 - Valor Total - R\$

256 - Valor Total - R\$

257 - Valor Total - R\$

258 - Valor Total - R\$

259 - Valor Total - R\$

260 - Valor Total - R\$

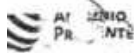
261 - Valor Total - R\$

262 - Valor Total - R\$

263 - Valor Total - R\$

264 - Valor Total -





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
55276534

!Z>dE"

30/11/2018 16:44:49

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8710242	LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA	F	15/07/1977	41
	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
718107 SSP RN	1255632488		1-CASADO	
Endereço				
R JOSE CHICO 254 DOM JAIME CAMARA MOSSORO-RN CEP:59600000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
8499126135		SEBASTIANA DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
16300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
30/11/2018	16:38		
Médico Atendente			Clinica
739275 LIANA CATARINA DA SILVA LOPES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
739275 LIANA CATARINA DA SILVA LOPES			7 INT. PAC.TRANSITO HAPVIDA
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	PLANETA INDUSTRIA E SERVICOS LTDA - ME
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
B5064000081035015		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	163410 SALA CC 01	02	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
2201677	99996666	C91885836	INTERNAÇÃO
2201677	30721193	C91885950	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO
2201677	30721237	C91885951	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
2201677	30732026	C91885952	ENXERTO OSSEO



ANTONIO  
PRUDENTE

## NOTA DE SALA

4544043

Atendimento:	55276534	Prontuário:	8710242	LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	Tipo Anestesia: BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA		
	30721199	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO	30732026	ENXERTO OSSEO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 01		Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.: 1021
Equipe Médica:	CIRURGIÃO				
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	1200798	JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	CRM	10511
	ANESTESISTA	1630440	MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO	CRM	10780
	CIRCULANTE	3746925	GUSTAVO NOGUEIRA BARRETO	CRM	19702
	SEGUNDO(A) CIRCULANTE	3384250	GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE	COREN	1141107
		3192040	VERIDIANA DA SILVA COSTA	COREN	964823

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
31720	Material Médico-Hospitalares			Medicamentos	
51373	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	139799	CLONIDIN 150MCG AMPL 1 UD	1
27855	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2
32450	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
134865	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	1	145419	FENTANIL 5ML AMPL 5 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	50	48674	IRUXOL BISN 30 GR	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	100	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	80	134164	NOVABUPI CIAD 0.5% FRAP 1 UD	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2	120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	5	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,80 - 1 UD	2	43290	RINGER CILACTATO 500ML TUBO 500 ML	1
81868	CANETA DESCARTAVEL P/ BISTURI - 1 UD	1	77593	SEVORANE 250ML FRAS 250 ML	20
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	1	83941	SUFENTA 2ML AMPL 1 UD	1
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	45233	KYLOCAINA CIAD 2% FRAP 20 ML	1
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	250			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	3			
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	50			
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	2			
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1			
165569	FIO Q-PG138X VICRYL 3-0 ENV 1 UD	2			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	19			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	4			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	5			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	15			
30635	LUA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	17			
30651	LUA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	21			
30660	LUA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA				
30678	LUA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA				
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM				
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD				
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM				
87209	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3,5MM - 1 UD				
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD				
143053	PLACA EM TREVO 3.5 INCLUI PARAFUSO - 1 UD				
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD				
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML				
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML				
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML				
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML				
30970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD				
91151	SONDA ENDOT.DISC.8,0 C/BALAO - 1 UD				
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD				
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR				

Data: 30/11/2018

Cirurgião: JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS Anestesista: GUSTAVO NOGUEIRA BARRETO Pág. 1 de 1



# FICHA DE ANESTESIA



**ANTONIO  
PRUDENTE**

Nome: Wendelma Pereira da Silva Vieira Data: 50, 11, 18  
Idade: 41 Peso: 98 Sexo: F ☒ M ☐  
Prontuário: 8710292 Convênio: Hapvida  
Diagnóstico: fratura de rádio distal  
Cirúrgia: fixação de fratura Anestesia: Bloqueio + geral  
Cirurgião: João Rolim ASA: II

A	HORA	17:30	18:49
G	O <sub>2</sub>		
E	N <sub>2</sub> O		
N	Ar		
T	Su		
E			
S			

LÍQUIDOS

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAT O <sub>2</sub>	ETC O <sub>2</sub>	PVC
220		
200		
180		
160		
140		
120		
100		
80		
60		
40		
20		

1. Monitorar até o invólucro.
2. Sedação profunda via medula 20g, previamente puncionada.
3. Bloqueio de plexo braquial por acesso intercostal e axilar.
4. Falha de bloqueio: optado por sedação profunda com máscara laríngea nº 5.
5. Máscara retirada sem intercorrências.
6. A SRPA

DROGAS				EVENTO				
1	5ufentanil	0,05mg	9	Ar				
2	Midazolam	3mg	10	B				
3	Isodolona 2x/AD	200mg	11	C				
4	Propofol 0,5x/AD	100mg	12	D				
5	Fentanil	100mg	13	E				
6	Propofol	10mg	14	F				
7	Alprazolam	2g	15	G				
8	Clonidina	150mg	16	H				
9	Cetorolaco	100mg	17	I				
10	Propofol	2g	18	J				
LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Oro	Naso	Sonda:
SI	1000ml				Máscara laríngea			
RL	500ml				Respiração:	Espon.	Assist.	Másc.
					Absorvedor de:	Sam		Sam
					Posição:	DD		Local da Punção:
					Agulha:			Técnica:
					Início:			Final:
					Duração:			
Condição final op: Sonolento, SpO2 100%, O2 3l/min								

Condição final op: Sedada, SpO<sub>2</sub> 100%, O<sub>2</sub> 3L/min

Intercorrências per. op:

Ata sem intercorrências.

Ass. Anestesiista - CRM

Gustavo Nogueira Barreto

CRM - 19702

FICHA DE ANESTESIA REF: 74411



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/11/2018 17:15

Paciente:	LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR	Dt. Nasc.:	15/07/1977	Atendimento:	55276534	Prontuário:	8710242
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/2		
Profissional(is):	JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS MEDICO CRM 105111			Nº:	30879127	30/11/2018	às 17:09
<b>DIAGNÓSTICO</b>							
Diagnóstico Clínico	S525					[1]	
Diagnóstico Cirúrgico	S525					[1]	
<b>DADOS DA CIRURGIA</b>							
Data Da Cirurgia	30/11/2018					[1]	
Hora Da Cirurgia	17:10					[1]	
Cirurgia	TRATAMENTO DE FRATURA DE RADIO DISTAL					[1]	
Cirurgião	JOAO ROLIM					[1]	
1º Auxiliar	MARCIO CASTELO					[1]	
Anestesista	PLANTAO HAP					[1]	
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB PLEXO ANESTESIA PREPARO ORTOPEDICO DE ROTINA ACESSO DE HENRY E HEMOSTASIA REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS ENXERTO NO FOCO DA FRATURA E RAPARO LIGAMENTAR DO CARPO RX DE CONTROLE IRRIGAÇÃO COM SF SUTURA POR PLANOS E CURATIVO					[1]	
Códigos Dos Procedimentos	30721199 30721237 30732026 TRANSLADO MOSSORÓ					[1]	

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 105111 - TEOT 10293

# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

30/11/2018 18:10

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR	Dt. Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55276534	Prontuário: 8710242
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	

Profissional(is): GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE, TECNICO DE ENFERMAGEM COREN Nº: 30879806 30/11/2018 às 17:26

## DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	30/11/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	17:26	[1]
Cirurgia	FRATURA DE PUNHO	[1]
Equipe Cirúrgica	DR.: JOAO ROLIM, GERLANDI GUSTAVO, TOINHA PARTICULAR, VERIDIANA	[1]

## ANTES DE ENCAMINHAMENTO

Setor De Admissão Do Paciente	C.C	[1]
Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Autorização Do Paciente	SIM.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	SIM.	[1]
Informação De Lateralidade Pelo MA	SIM.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.	[1]
Exames Complementares	Não se aplica.	[1]
Exames Radiológicos	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Não se aplica.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Não se aplica.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não se aplica.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não se aplica.	[1]
Higienização	Sim.	[1]

Dr. Marcio Castelo Branco  
CRM 10785-SP/12023  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgião de Mão e Cirurgia do Membro Superior

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Prontuário Ativo	SIM.	[1]
Opme Checado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguinea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	Não se aplica.	[1]
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	Não se aplica.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.	[1]

## ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Membros da Equipe Cirúrgica	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]

# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO-PRUDENTE

30/11/2018 18:10

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977 Atendimento: 55276534 Prontuário: 8710242  
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
<b>ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS</b>		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checkagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	SIM.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checkou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]
<b>AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO</b>		
Orientação De Posicionamento De Membros	SIM.	[1]
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	SIM.	[1]
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	Não se aplica.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	SIM.	[1]
Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas	Não se aplica.	[1]

ANTONIO  
PRUDENTE

## PRESCRIÇÃO MEDICA

Emissão 30/11/2011

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR  
Convenio: HAPVIDA MATRIZ  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt Nasc.: 15/07/1977  
Nº Prescrição: 19363706  
Leito: 133410/2

30/11/2018 às 17:06

Atendimento: 55276534  
Prontuário: 8710242  
Peso: 80.00 kg

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

7.00 gts/min

Acesso Periférico

CRM-10

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total: 500 ml  
ml/Kcal/dia 500 ml

06 7.00 gts/min

CRM-10

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

1g 1FRAP (C/1GR)

8/8h EV 05

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)  
(01/1)

Aqua Destilada 10 ml

8/8h EV 06

CRM-10

4. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9% 100mg

1FRAP (C/100MG) 8/8h EV 06

CRM-10

5. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Aqua Destilada 1000mg

2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV 04

CRM-10

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9% 100mg

2ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV

CRM-10

Alta vigilância

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Aqua Destilada 10mg

2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV 06

CRM-10

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

SN

CRM-10

10. PUNCAO C/ JELCO

11. SINAIS VITAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-10

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOI

SN

CRM-10

15. COMPRESSÃO COM ÉTER

Profissionais CRM-10511 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS

Dr. João Ricardo Rolim Arseniads  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE-40511-1101-16713

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 1 de 3

Risco-p1:  
Início

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR  
Omnivite: HAPVIDA MATRIZ  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 15/07/1977  
Nº Prescrição: 0019363706  
Leito: 334102

Atendimento: 55276534  
30/11/2018 às 17:06  
Peso: 80,00 kg

Prontuário: 8710242

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2.Hidratação	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min/Acesso Periférico	01/12-05:59	
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml				
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (01/1)	1g	1 FRAP (C7GR)	8/8h	EV	01/12-05:00	13:00
4.PROFENID IV (100.00mg)		1 FRAP (C710MG)	8/8h	EV	01/12-05:59	14:00
5.DIPIRONA (500.00mg/ml)		2 ML (AMPL C750MG)	6/6h	EV	01/12-04:00	10:00
6.TRAMADOL (50.00mg/ml)		2 ML (AMPL C710MG)	8/8h	EV		
7.PLAMET (5.00mg/ml)		2 ML (AMPL C710MG)	8/8h	EV	01/12-05:59	14:00
8.SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						
9.CUPATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA						
10.PUNCAO C/ JELCO						
11.SINAIS VITAIS						
12.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						
13.RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						
14.CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						
15.						

Francisco Vasconcelos Martins  
COREN 525527-ENF



## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 01/12/2018 04:15

Página 2 de 3

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR  
Convenio: HAPVIDA MATRIZ  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR  
Dt. Nasc.: 15/07/1977  
Atendimento: 55276534  
Prontuário: 8710242  
Nº Prescrição: 0019363706  
30/11/2018 às 17:06  
Peso: 80,00 kg  
Leito: 133410/2  
HORÁRIOS

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### COMPRESSÃO COM ÉTER

Reservado para o SMD	
ENTEROFIX	Ass.

Legenda horário: ☐ Indica item não administrado.  
☐ Indica item checado.

Francisca Valéria Medeiros  
COREN - 525.527-52



# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 3 de 3

Emissão 01/12/2018 04:15

paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR  
Unidade: HAPVIDA MATRIZ  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

DL Nasc.: 15/07/1977  
Nº Prescrição: 0019363706  
Leito: 133410/2

Atendimento: 55276534  
30/11/2018 às 17:06  
Peso: 80,00 kg

Prontuário: 8710242

STOS	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
AMET								
	VA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1				
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
	AGUA DESTILADA 20ML AMPUL 20 ML	1						
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2						
	AMET 10MG AMPUL 2 ML	1						
	ERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1						
IPRONA								
	ERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1						
	LUA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2						
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
	AGUA DESTILADA 20ML AMPUL 20 ML	1						
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2						
	DIPIRONA 1 G AMPUL 2 ML	1						
PROFEND IV								
	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1						
	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
	LUA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
	PROFEND 100MG IV FRAP 1 UD	1						
CEFZOLINA SODICA								
	LUA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
	AGUA DESTILADA 10 ML AMPUL 10 ML	1						
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1						
	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	1						
HF Vol. Total: 500,00 Vial:								
SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML		1						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD		1						
TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD		1						

Wanessa Vasconcelos Martins  
COREN-PR - 525.527-ENF





## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
30/11/2018 19:11  
ip11222.saw

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR	Dt. Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55276534	Prontuário: 8710242
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19364652	30/11/2018 às 19:10	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	Enfermeiro(a): MARIA MONICA GIRAO BRITO	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

### 1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

DOR

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Mã/hdo:
Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Mã/hdo:
HIGIENE ORAL E CORPORAL	Mã/hdo:

Mônica L. G. B.  
Enfermeira  
COREN-CE 12.159



## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
30/11/2018 07:11 PM  
p1812\_02

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR	Dt. Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55276534	Prontuário: 8710242
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 19364654	30/11/2018 às 19:11	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA MONICA CIRAO BRITO (COREN 407189)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Muito		
NÍVEL DE ORIENTACAO	Muito		
Sinais Vitais- Frequência Respiratoria	Muito		
PADRAO RESPIRATORIO	Muito		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Muito		
Pressão Arterial	Muito		
Sinais Vitais- Temperatura	Muito		

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

MARIA MONICA CIRAO BRITO  
ENFERMEIRA  
COREN 407189

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO**

Página 1 de 1

30/11/2018 19:10

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977 Atendimento: 55276534 Prontuário: 8710242  
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): MARIA MONICA GIRAOLITO ENFERMEIRA COREN 407169/11 Nº: 30883307 30/11/2018 às 19:05

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Evolução de enfermagem

19:06 - L.P.S.V, 41 ANOS, SEXO FEMININO, ADMITIDA NA RPA PROVENIENTE DO CC APÓS REALIZAR CIRURGIA DE FRAT. DE PUNHO DIR. COM DR JOÃO ROLIM, SOB ANESTESIA BLOQUEIO + GERAL COM DR GUSTAVO NOGUEIRA, A MESMA EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA E RESPONSIVA. EUPNEICA EM AR AMBIENTE. NORMOTENSA, NORMOTÉRMICA, NORMOCÁRDICA. COM AVP EM MSE P/ HV, PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. CURATIVO LIMPO EM INCISÃO CIRÚRGICA E SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO. SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E ENCAMINHADO AO LEITO.

[1]

PA: 106 X 82  
SAT: 98%  
FC: 65 BPM  
FR: 18 RPM

\*\*\*\*PULSEIRA EM MSE, DEVIDO MSD OPERADO\*\*\*\*

**DISPOSITIVOS**

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Monica Giraolito  
Enfermeira  
30/11/2018 19:05



## ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR  
Convênio: HAPVIDA MATRIZ  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR  
Dt. Nasc.: 21/02/1974  
Prontuário: 8710242  
Leito: 1334102  
Nº Documento: 18363529  
Tipo: Enfermagem  
Atendimento: 55276534  
Profissionais: TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1173154 (T) II

30/11/2018 16:48

SINAIS VITAIS	30/11															
	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00
Frequência Cardíaca (bpm)																62
Temperatura (°C)																36 (T)
Sat O2 (%)																90 (T)
Pa Sistólica (mmHg)																110 (T)
Pa Diastólica (mmHg)																150 (T)
Glicemia Peta Fm (Dx) (mg/dl)																100 (T)
																74 (T)

*Tereza Raquel Lima Monteiro*  
Tereza Raquel Lima Monteiro  
COREN-CE - 1173154 - TE



## ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR  
Convenio: HAPVIDA MATRIZ  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR  
Dt. Nasc.: 21/02/1974  
Prontuario: 8710242  
Nº Documento: 19364705  
Atendimento: 55276534  
Leito: 133410/2  
Tipo: Enfermagem  
30/11/2018 às 19:20

Profissionais: FRANCISCA MIKELY FARIAS ARRUDA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 83716 [1] || MARIA KATIANE DE MATOS, ENFERMEIRA, COREN 641172 [2] ||

SINAIS VITAIS	07/12														30/11/2018			
	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
Frequência Respiratória (irpm)																		
Frequência Cardíaca (bpm)																		
Temperatura (°C)																		
Sat O2 (%)																		
Pa Sistólica (mmHg)																		
Pa Diastólica (mmHg)																		
Pulso (bpm)																		

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: J. INDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA  
Empenho: HAPVIDA MATRIZ  
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 15/07/1977  
Nº Prescrição: 0019369937  
Leito: 1021/3

Atendimento: 55276534  
01/12/2018 às 10:28  
Peso: 80.00 kg

## HORÁRIOS

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min/Acesso Periférico

VENOSA  
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.83 ml/Kcal/dia 500ml  
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (C/1GR) 8/8h EV  
Água Destilada 10 ml

4. PROFENID IV (100.00mg) 100 mg 1 FRAP (C/100MG) 8/8h EV  
Soro Fisiológico 0.9% 100 ml

5. PLAMET (5.00mg/ml) 10 mg 2 ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV  
Água Destilada 18 ml

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100 mg 2 ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV  
Soro Fisiológico 0.9% 100 ml

7. DIFIPRONA (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV  
Água Destilada 18 ml

8. PUNCAO C/ JELCO SN  
9. SINAIS VITAIS

10. CURATIVO COM ATADURA E GAZE  
ACOCHOADA MEDIO  
15. Alta em: 01/12/2018  
Alta dada por: BRUNO DE BRITO BOTELHO

ALTA MELHORADO

Reservado para o SMD

ENTEROFIX Ass.

Legenda horário: ☐ Indica item não administrado.  
☐ Indica item checado.

Dr. J. D. Almeida  
C.R.C. 11.140.928

Jansen de Sousa Gomes  
Cirurgião Geral  
C.R.C. 360.805-153-72



## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 2  
Emissão 03/12/2018 10:49

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIR  
Convenio: HAPVIDA MATRIZ  
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 15/07/1977  
Nº Prescrição: 0019369937  
Leito: 1021/3  
Atendimento: 55276534  
01/12/2018 às 10:28  
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 8710242

GASTOS									
Descrição	Qtda.	Descrição	Qtda.	Descrição	Qtda.	Descrição	Qtda.	Descrição	Qtda.



PACIENTE L.P.S.V, 41 ANOS, SEXO FEMININO, ADMITIDA NO POSTO 1B PROVENIENTE DA RPA COM HD: POI FRAT. DE PUNHO DIR. COM DR JOÃO ROLIM, SOB ANESTESIA BLOQUEIO + GERAL COM DR GUSTAVO NOGUEIRA, A MESMA EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA E RESPONSIVA. EUPNEICA EM AR AMBIENTE. NORMOTENSA, NORMOTÉRMICA, NORMOCÁRDICA. COM AVP EM MSE P/ HV, PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS., CURATIVO LIMPO EM INCISÃO CIRÚRGICA E SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO. SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

  
Diana Kelly O. Almeida  
Enfermeira  
CORES - F.F. 440.924



# PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

30/11/2018 17:05

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977

Atendimento: 55276534

Prontuário: 8710242

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº: 30878925 30/11/2018 às 17:04

Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS MEDICO CRM 105111

## IDENTIFICACAO

Nome	LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA	[1]
Sexo	Feminino.	[1]
Idade	41 A 4 M	[1]
Data De Nascimento	15/07/1977	[1]
Nº Atendimento	55276534	[1]

## DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO [1]

CID10 Primário

## COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDENCIA

IDENTIFICACAO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

TRATAMENTO DE FRATURA DE RADIO DISTAL [1]

Principal

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

2 Dias [1]

Total De Dias

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 10511 - TEOT 10293



ANTONIO  
PRUDENTE

## EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

30/11/2018 17:16

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977

Atendimento: 55276534

Prontuário: 8710242

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Profissional(is): DR. JOÃO RICARDO ROLIM ARSENALIS MÉDICO CRM 105111 N°: 30879410 30/11/2018 às 17:16

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

POS OP DE TRATAMENTO DE FRATURA DE PUNHO

[1]

Evolução Do Paciente

Dr. João Ricardo Rolim Arsenalis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 10511 - TROT 10293



## EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

30/11/2018 17:19

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: LUCIANO DE LIMA MOREIRA	Dt. Nasc.: 21/07/1988	Atendimento: 55268404	Prontuário: 11976053
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/11	
Profissional(is): MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO MEDICO CRM 10780 (1)	Nº: 30879431	30/11/2018	às 17:17
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO			
Evolução Do Paciente			REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA RÁDIO [1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadiis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 10511 - TEOT 10293

**EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO**

Página 1 de 1

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

03/12/2018 10:48

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR	Dt. Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55276534	Prontuário: 8710242
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1B	Leito: 1021/3	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO MEDICO CRM 93294/1		Nº: 30899316	01/12/2018 às 10:26
<b>REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO</b>			
Evolução Do Paciente	1º pós-operatório de fratura do rádio distal. Evoluindo estável, afebril, ppp. Eliminações presentes. Com orientações de medicação e cuidados para o domicílio, além de retorno para revisão, Alta Hospitalar.		[1]
CID 10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO		[1]



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

Bruno Pereira S. Vieira

CPF:

Data de Nascimento:

Médico:

CRM:

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico \_\_\_\_\_ ou a seguinte alternativa anestésica \_\_\_\_\_

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

### PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

30 de Novembro de 20 12

Hora:

16:47

Nome legível:

Isabela Vieira dos Santos

Assinatura:

Grau de parentesco do responsável:

CPF:

### TESTEMUNHA

Nome legível:

Assinatura:

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Gustavo Nogueira Barreto  
Médico  
CRM - 19702  
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto



Faz bem pra você

# FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Wendelline P. de S. Vianna

Passagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: 8710242

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
						Sólidos: <u>7h</u>	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
						Líquidos: _____	Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
<u>Tto cir de fratura</u>	<u>fratura de rádio distal</u>

<b>Cardio-circulatório</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tolerância ao exercício <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras  <b>Respiratório</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras  <b>Gastrointestinal/hepático</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito/diarréia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras  <b>Neurológico</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Dormência/fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Outras  <b>Renal</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras  <b>Hematológico</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Outras  <b>Músculo esquelético</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Outras  <b>Endócrino</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo <input type="checkbox"/> Patologia da tireóide <input type="checkbox"/> Outras	<b>Câncer</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outras  <b>Infeccioso</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras  <b>Gravidez</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Idade gestacional _____ semanas  <b>Crianças abaixo de 1 ano</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Condições de Nascimento <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas (Idade gest.+idade atual)  <b>Hábitos Sociais</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cigarros/dia <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Outras  <b>Alergias</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <table border="1"><thead><tr><th>Tipo/Agente</th><th>Reação</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <b>Cirurgia/anestesia prévia</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <table border="1"><thead><tr><th>Cirurgia</th><th>Anestesia</th><th>Dados relevantes</th></tr></thead><tbody><tr><td><u>Cesárea</u></td><td><u>Rapida</u></td><td><u>Sem antec.</u></td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <b>Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não  <b>Histórico familiar - problemas com anestesia</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Tipo/Agente	Reação									Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	<u>Cesárea</u>	<u>Rapida</u>	<u>Sem antec.</u>									
Tipo/Agente	Reação																									
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																								
<u>Cesárea</u>	<u>Rapida</u>	<u>Sem antec.</u>																								

Exame Físico

Cardíaco \_\_\_\_\_

Resp. \_\_\_\_\_

Neuro \_\_\_\_\_

Regional \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

Laboratório

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

Medicamento	Dose	Frequência

Via aérea

História de via aérea difícil

☐ Sim ☒ Não

Mallampati

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno/mento

\_\_\_\_\_ cm

Dentição/Prognatismo

\_\_\_\_\_

Outros

\_\_\_\_\_

Hemorragias

☒ Negativo

Tipagem solicitada

Reserva de \_\_\_\_\_ U Conc. Glob

Avaliação ASA

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Emergência: ☐ Sim ☒ Não

Planejamento Anestésico

\_\_\_\_\_

Comentários sobre os achados

Sem contraindicações ao ato anestésico

Cirurgia

Anestesiologista \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

DATA

30/11/18

HORA

\_\_\_\_\_

ASSINATURA

Gustavo Nogueira Barreto

CRN-19702



RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTOS  
CONTROLADOS PELA PORTARIA  
344/98

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE - FORTALEZA

tendimento: 55276534 Prescrição: 19363706 Item: 2 Receita Num: 2018632219  
ome do Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA  
nidade: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR  
edicamento: TRAMAL 100MG  
presentacao: AMPOLA  
ia de administração: ENDOVENOSA  
osologia: 8/8h  
ata: 30 DE NOVEMBRO DE 2018

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS CRM - 10511

ESTE MEDICAMENTO PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA E/OU QUÍMICA

RP1541\_M  
192.85.4.101

Impresso por  
JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS  
Em: 30/11/2018 17:08



ANTONIO  
PRUDENTE

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu X Izabela Vieira dos Santos, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, na qualidade de ( ) paciente - ( ) responsável e representante legal (grau de parentesco: Família) declaro que fui devidamente informado pelo enfermeiro Jefferson Darnell COREN- nº 519.637 sobre o aplicativo HAPVIDA, onde terei acesso a todas as informações sobre a minha internação.

Fortaleza, 30 de Novembro de 2018.

Assinatura: X Izabela Vieira dos Santos

Testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_

CPF Nº: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF Nº: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Jefferson Darnell  
COREN-CE 519.637 ENF

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE DE FORTALEZA LTDA  
Av. Aguanambi, 1827 – CEP 60.055-401 – Fátima – Fortaleza-Ceará




ANTONIO  
PRUDENTE

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Isabela Vieira dos Santos, autorizo a  
realização do procedimento Fratura de Rádio D do paciente  
Francisco Getúlio de Oliveira Andrade, data de nascimento  
\_\_/\_\_/\_\_. Estou ciente do quadro clínico e dos possíveis riscos de tais  
procedimentos, conforme informações fornecidas pela equipe médica desta unidade.

Fortaleza, 30 de Novembro de 2018.

Assinatura: Isabela Vieira dos Santos  
Responsável Legal

 <b>ANTONIO PRUDENTE</b>	<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS</b>		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1
			Data da Elaboração: 22/02/2017


Nome do paciente: <u>Di. Michelle Prune S. V.</u>	Data de Nascimento:
Nº do prontuário: <u>FOR</u>	Data de admissão: <u>30.11.18</u>
Leito:	Data da realização da escala:

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1 4	Não Sim	2
B	Condições de saúde	1 2 2 2	Sem doenças Crônicas Doenças Crônicas Doenças oportunistas Uso de medicamentos	1
C	Estado de consciência e orientação	1 2 2	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	1
D	Estado psico-cognitivo	1 2 3 4	Alerta e calmo Depressivo Ansioso Agitação psicomotora	1
E	Comprometimento Sensorial	1 2 3 4	Sem comprometimento sensorial Dificuldade auditiva Dificuldade visual Dificuldade sensorial	1
F	Mobilidade/ equilíbrio corporal	1 1 1 2 3 4	Independente e sem fator de risco Acamado Locomove-se apenas com ajuda Locomove-se com cadeiras de rodas Locomove-se com ajuda de apoios de marcha Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
G	Alterações nas eliminações	1 4	Não Sim	1
SOMA DOS PONTOS:				10

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO:	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral prévio	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmose
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corpórea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX: hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polidarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

Fonte: Ministério da saúde/ANVISA/Fiocruz(Protocolo de Prevenção de Quedas,2013/Anexo-01)

 <b>ANTONIO PRUDENTE</b>	<b>AValiação DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO</b>		Data de Revisão: 10.09.2018- V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DA PACIENTE: bindelana prunes DATA DO NASCIMENTO:    /   /   

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: E. Truena Amica DATA DA ADMISSÃO/AValiação: 30/11/18

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR "SIM"

( ) Não consegue se alimentar bem?	1 +
( ) História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
( ) Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
( ) Escorre alimento pela boca?	4 +
( ) Demora muito para engolir?	5 +
( ) Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
( ) Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
( ) Há tosse com líquido?	8 +
( ) Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
( ) Não consegue engolir?	10 +
( ) Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +
<b>SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:</b> <u>0</u>	

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

RESULTADO: RISCO ALTO( )	RISCO MODERADO( )	RISCO BAIXO( <u>X</u> )
--------------------------	-------------------	-------------------------

#### MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de déficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decúbito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente.
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia.

Jefferson L. Carneiro  
COREN-CE 311.637 ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

Testemunha da Silva Vieira Elano

20.21/11/18

00:36:23

Tae. Karynara

Handwritten text on graph paper, likely a signature or document content.





**Plasma**  
**Diagnósticos**  
LABORATÓRIO

Sede: Rua Melo Franco, 59 - Centro  
Unidade HAPVIDA 24h: Av. Diocesana, 260 - Nova Betânia  
Unidade CMC: Rua José Otávio, 113 - Centro  
Unidade MasterClin: Rua Chico Pedro, 13 - Alto de São Manoel  
Unidade Abolição: Av. Abel Coelho, 1455 LJ. 02 - Abolição 4  
SAC: (84) 3321.6008 / 3321.8435 / 98829.4792  
www.plasmadiagnosticos.com.br



003000064272

Paciente LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA		Idade 41 (A)
Médico ALLYSON BESSA	Coleta 03- Unidade 24 Horas	Data da Coleta 27/11/18 16:01
Convênio HAPVIDA ELETIVO	Entrega 01- Impresso	Data da Entrega 29/11/18 18:26

## RESULTADO

### HEMOGRAMA

\*\*\* Analisador Automático - ABX Pentra XL 80 - Horiba Medical \*\*\*

#### Eritrograma

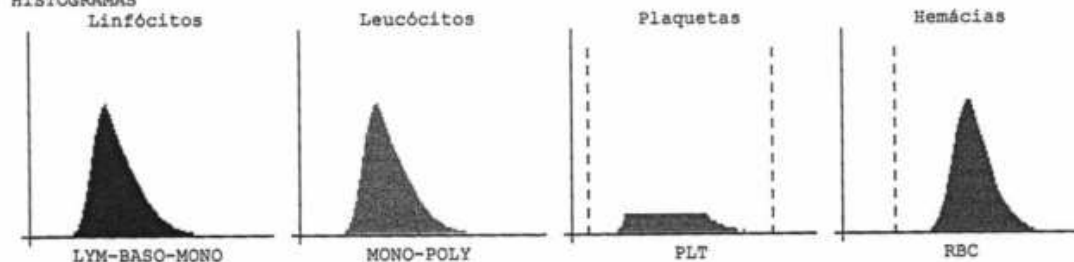
		Valores de Referência	
		Homens	Mulheres
Hemácias em milhões:	4,14 u <sup>3</sup>	4,5 - 6,5	4,0 - 5,6
Hemoglobina .....	12,1 g/dL	13,5 - 18,0	11,5 - 16,0
Hematócrito .....	35,6 g/dL	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0
VCM .....	85,99 fL	82,0 - 93,0	
HCM .....	29,22 pg	27,0 - 32,0	
CHCM .....	33,98 g/dL	32,0 - 36,0	
RDW .....	14,1 %	12,0 - 16,0	

#### Leucograma

		Valores de Referência	
Leucócitos .....	15.800 /mm <sup>3</sup>	4.000 - 11.000	
Neutrófilos .....	70 % 11.060 /mm <sup>3</sup>	54 - 62	2.700 - 6.200
Bastões .....	1 % 158 /mm <sup>3</sup>	3 - 5	150 - 500
Segmentados .....	69 % 10.902 /mm <sup>3</sup>	54 - 62	2.700 - 6.200
Eosinófilos .....	1 % 158 /mm <sup>3</sup>	2 - 5	100 - 500
Basófilos .....	0 % 0 /mm <sup>3</sup>	0 - 1	1 - 100
Linfócitos .....	24 % 3.792 /mm <sup>3</sup>	20 - 35	1.000 - 3.500
Monócitos .....	5 % 790 /mm <sup>3</sup>	3 - 8	150 - 800
Plaquetas .....	398.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 - 450.000	
VPM .....	7,0 /mm <sup>3</sup>	7,0 - 10,5	
Plaquetócrito .....	0,28 /mm <sup>3</sup>	0,15 - 0,32	
PDW .....	9,2 /mm <sup>3</sup>	15,0 - 20,0	

#### Observação

##### HISTOGRAMAS



*Francisco*  
Dr. Francisco X Tercalro  
CRF 2547/RN

Folha: 1 de 3

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.



**Plasma**  
**Diagnósticos**  
LABORATÓRIO

Sede: Rua Melo Franco, 59 - Centro  
Unidade HAPVIDA 24h: Av. Diocesana, 280 - Nova Betânia  
Unidade CMC: Rua José Otávio, 113 - Centro  
Unidade MasterClin: Rua Chico Pedro, 13 - Alto de São Manoel  
Unidade Abolição: Av. Abel Coelho, 1455 Lj. 02 - Abolição 4  
SAC: (84) 3321.6008 / 3321.8435 / 98829.4792  
www.plasmadiagnosticos.com.br



003000064272

Paciente <b>LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA</b>		Idade <b>41 (A)</b>
Médico <b>ALLYSON BESSA</b>	Coleta <b>03- Unidade 24 Horas</b>	Data da Coleta <b>27/11/18 16:01</b>
Convênio <b>HAPVIDA ELETIVO</b>	Entrega <b>01- Impresso</b>	Data da Entrega <b>29/11/18 18:28</b>

## RESULTADO

### COAGULOGRAMA COMPLETO

Tempo de Coagulação.....:	<b>5 Min 00 Seg</b>	min.	5 a 10 minutos
Tempo de Sangramento.....:	<b>3 Min 00 Seg</b>	min.	1 a 3 minutos
Retração do Coágulo.....:	<b>Normal</b>		Normal
Prova do Laço.....:	<b>Negativo</b>		Negativo
Contagem de Plaquetas.....:	<b>398.000</b>	mm3	150.000 a 400.000
Método :			

Dr. Francisco X Terceiro  
CRF 2547/RN

Folha: 2 de 3

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.





**Plasma**  
**Diagnósticos**  
LABORATÓRIO

Sede: Rua Melo Franco, 59 - Centro  
Unidade HAPVIDA 24h: Av. Diocesana, 280 - Nova Betânia  
Unidade CMCM: Rua José Otávio, 113 - Centro  
Unidade MasterClin: Rua Chico Pedro, 13 - Alto de São Manoel  
Unidade Abolição: Av. Abel Coelho, 1455 Lj. 02 - Abolição 4  
SAC: (84) 3321.6008 / 3321.6435 / 98829.4792  
www.plasmadiagnosticos.com.br



003000064272

Paciente LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA		Idade 41 (A)
Médico ALLYSON BESSA	Coleta 03- Unidade 24 Horas	Data da Coleta 27/11/18 16:01
Convênio HAPVIDA ELETIVO	Entrega 01- Impresso	Data da Entrega 29/11/18 18:26

## RESULTADO

### GLICOSE

140,0 mg/dL

Método : Enzimático Colorimétrico

V.R. : 60 a 99 mg/dL

Comentário: -Glicemia de jejum entre 100 a 125 mg/dL: Glicemia de jejum inapropriada (GJI).|-  
Glicemia de jejum acima de 125 mg/dL: Critério para diagnóstico da Diabetes  
mellitus.|-Recomendações da American Diabetes Association (2004).

Observação: Repetido e confirmado.

### URÉIA

18 mg/dL

Método : Urease Modificado

V.R. : 10 a 50 mg/dL

### CREATININA

0,80 mg/dL

Material : Soro

Método : Cinético Colorimétrico

V.R. : 0,53 - 1,00 mg/dL

### Estimativa Ritmo da Filtração Glomerular

79 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

V.R. : Valor Desejável/Recomendado: Estimativa RFG:  
Maior que 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

Dr. Francisco X Terceiro  
CRF 2547/RN

Folha: 3 de 3

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.

Realizar-se-á Sexta-feira (30/11/2018)  
56:30

Contato com familiares 27/11/2018 às 17:38h.

CARTEIRA PROVISÓRIA  
CREDENCIADA

**napvida**

B5064 00008103-5 15/07/1977 461571109

LINDOELMA P S VIEIRA

10/08/2017 NAO HA MIX LXXI

PLANETA INDUSTRIA E SERVICOS LTDA - ME

AMBUL-HOSP/C/PARTO ENFERMARIA

ALTA DO PACIENTE EM TERAPIA DE FISIOTERAPIA E  
FARMACOLOGIA. O PACIENTE ESTA EM BOA CONDICAO DE  
SAUDE E NAO PRECISA DE MAIS NENHUM TIPO DE  
TRATAMENTO. O PACIENTE ESTA EM BOA CONDICAO DE  
SAUDE E NAO PRECISA DE MAIS NENHUM TIPO DE  
TRATAMENTO.

TP: 3a Sm

baixada: 3473

**CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR**  
(MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE)



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: <u>Francisco Getúlio de Oliveira Andrade</u>	Sector: <u>E: 1º andar</u>	Leito: <u>10</u>	Data: <u>30/11/18</u>
Confirmação de local de destino: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de Nascimento: <u>01/01/1965</u>		
Motivo da internação na unidade: <u>Transferência de unidade</u>			
Dispositivos em uso			
<input type="checkbox"/> Não Sim, especificar: <input type="checkbox"/> Marcapasso <input type="checkbox"/> Bipap <input type="checkbox"/> Bomba de infusão <input type="checkbox"/> TQT <input checked="" type="checkbox"/> VEP <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> SNG, SNE e GTT <input type="checkbox"/> Cateter de dialise <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Transferência interna: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Q.C.</u> <input type="checkbox"/> Transferência externa: <u>Dr. José Carlos</u>			
Médico assistente: <u>Dr. José Carlos</u>			

AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE	
Data: <u>30/11/18</u>	Hora: <u>14</u> h
Avaliação de risco: Queda <input checked="" type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> Flebite <input checked="" type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Perda de dispositivo <input type="checkbox"/>	
INTEGRIDADE DA PELE	
<input checked="" type="checkbox"/> Inteira	Curativo: Local _____ Grau _____
<input type="checkbox"/> Lesão por pressão, especificar	Local _____ Grau _____
MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar: <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína.) <input type="checkbox"/> Sedativos (ex: benzodiazepínicos)	
NECESSIDADE DE ISOLAMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tipo: <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Reverso	
ALERGIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Medicamento: _____	
Objetos do paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Especificar _____	
PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar _____	
RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)	RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)
Data e hora: <u>30.11.18</u>	Data e hora: _____
<u>Jefferson F. Carneiro</u> COREN-CE 519.637 ENF.	<u>Morino-bps</u>
OBSERVAÇÕES:	
Dieta _____	
Medicação de alto custo: _____	
Outros: _____	

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 3

30/11/2018 18:49

PITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977

Atendimento: 55276534

Prontuário: 8710242

Paciente: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Circulante		[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	MSD	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	5 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	5 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	15 UD	[1]
Medicações/hora	KEFAZOL 2 MG AS 17:30	[1]
Exames De Imagem	Sim	[1]
Clorhexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorhexedine Degermante	Sim	[1]
Álcool	Sim	[1]
Tipo	Elétrico.	[1]
Material	PEQUENO FRAGMENTOS,FIOS DE KIRSCHNER	[1]
Fornecedor	ORTOGENESES,HOSPITAL	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	CURATIVO SIMPLIS	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		[1]
Horário De Saída Da S.O	19:10	[1]
<b>SINAIS VITAIS</b>		
T	35 °C	[1]
Pulso	64 bpm	[1]
PA	160/91	[1]
FC	64 bpm	[1]
FR	19 mrpm	[1]
<b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>		
Sat O2	94 %	[1]
<b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>		
Data	30/11/18	[1]
Hora	17:40	[1]
<b>OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS</b>		
Observação	PACTE;ADM NO C.C PARA TRATA	[1]
Intercorrências	SEM	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

30/11/2018 18:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977

Atendimento: 55276534

Prontuário: 8710242

Móvel: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Incisão Cirúrgica	MSD	[1]
Placa De Bisturi	VASTO DA COXA DIREIDA	[1]
Punções Venosas	MSE	[1]
FIM DO PERI-OPERATÓRIO		

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 3

30/11/2018 18:49

TAL ANTONIO PRUDENTE

nte: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977

Atendimento: 55276534

Prontuário: 8710242

nio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

sional(is): GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN Nº: 30880025 30/11/2018 às 17:31

IENTE		[1]
Origem Do Paciente	Emergência.	[1]
Data De Admissão	30/11/2018	[1]
OPERATÓRIO		[1]
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	30/11/2018	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE RADIO	[1]
Pulseira De Identificação	MSE.	[1]
Responsável Pelo Recebimento	ENF;GEYZA	[1]
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade	30/11/2018	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Não.	[1]
Cirurgias Anteriores	Sim. CESARIANA.	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados		[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
NUTRICIONAL/ METABOLICO		[1]
Jejum	SIM.	[1]
CONFORTO		[1]
INTRA-OPERATÓRIO		[1]
Responsável Pelo Recebimento	ENF;GEYZA	[1]
Hora	16:55	[1]
Sala	05	[1]
Condições Da Pele ao Inicio da cirurgia	INTEGRA	[1]
Inicio Da Anestesia	17:30	[1]
Término Da Anestesia	18:00 45	[1]
Inicio Da Cirurgia	17:45	[1]
Término Da Cirurgia	18:45	[1]
Instrumentador	TOINHA PARTICULAR	[1]
	GERLANDIA, VERIDIANA	[1]

INSTRUMENTO PARTICULAR DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CONFISSÃO DE DÍVIDA

I - RESPONSÁVEL

Nome : IVANILDO VIEIRA DA SILVA  
Endereço : JOSE CHICO 254 DOM JAIME CAMARA MOSSORO RN 59600000

Data nascimento :  
Fones : 8499126135

II - ENTIDADE CREDORA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE , pessoa jurídica de direito privado, estabelecida em FORTALEZA , CEARA  
AV AGUANAMBI , N. 1827, BAIRRO: FÁTIMA , CNPJ 5874946000109 , denominado HOSPITAL.

III - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 1 - O RESPONSÁVEL pelo(a) paciente LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA , atendido(a) em 30/11/2018 declara ao HOSPITAL para todos os fins e efeitos legais que assume plena responsabilidade por todo o período de atendimento. Obriga-se na qualidade de RESPONSÁVEL e principal devedor, a efetuar pagamentos de quaisquer despesas hospitalares que não estejam cobertas pelo eventual Plano de Saúde ou qualquer Instituição que mantenha convênio com este HOSPITAL sejam: TAXAS, DIÁRIAS, EXAMES, MEDICAMENTOS, MATERIAIS, INCLUSIVE ORTESES E PRÓTESES, FRIGOBAR E LIGAÇÕES TELEFÔNICAS.
- 2 - Na hipótese de atendimento de paciente conveniado, mas que no momento não possua nenhum documento que comprove sua filiação ao convênio e/ou que tenha os custos de seus gastos no HOSPITAL negados pelo respectivo convênio, o responsável abaixo assinado deverá ressarcir ao HOSPITAL os custos despendidos com o paciente.
- 3 - O RESPONSÁVEL declara outrossim, que os honorários profissionais do(s) médico(s) responsável(is) pelo atendimento, acompanhamento e tratamento do paciente acima citado e/ou aqueles pelo RESPONSÁVEL escolhidos livremente, não são vinculados a conta hospitalar, devendo ser liquidado diretamente com o(s) médico(s) responsável(is).
- 4 - O RESPONSÁVEL declara estar ciente e de acordo que o HOSPITAL não se responsabiliza diretamente por objetos e/ou valores de pacientes, responsáveis e acompanhantes.
- 5 - O RESPONSÁVEL terá acesso diário as contas do paciente, que deverão ser salidas e/ou amortizadas a cada três (3) dias mesmo que o paciente ainda não tenha tido alta.
- 6 - A presente confissão de dívida, devidamente acompanhada da nota fiscal ou duplicata de prestação de serviço e do instrumento respectivo de protesto, constitui título executivo extrajudicial, representativo na dívida do paciente, a qual constituir-se-á em Título Executivo Extra - Judicial, para todos os fins previstos no artigo 585 II, do Código de Processo Civil.
  - 6.1 - O não pagamento das despesas com internação/urgência/emergência, proporcionará que sejam adotadas as medidas executórias previstas nos artigos 585 e segs. do Código de Processo Civil, sem prejuízo da aplicação de juros compensatórios de 1% a.m. e correção monetária, com base na variação do IGP-M, na falta deste, qualquer outro índice da F.G.V.

- 7 - Fica eleito o foro da comarca FORTALEZA - CE para dirimir quaisquer dúvidas do presente instrumento, renunciando o RESPONSÁVEL a qualquer outro por mais privilégio que seja.

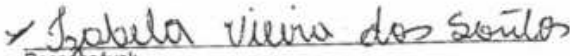
E por assim estarem justos e contratados firmam o presente em duas(2) vias de igual forma e teor, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

FORTALEZA - CE 30 NOVEMBRO DE 2018

TESTEMUNHAS

Nome:  
CPF

Nome:  
CPF

  
Responsável:  
CPF 1255632488

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE  
CGC 5874946000109



## TERMO DE RESPONSABILIDADE E OUTROS AJUSTES

### DADOS DO PACIENTE

Nome: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA

RG: 1718107

CPF: 1255632488

Endereço: JOSE CHICO 254 DOM JAIME CAMARA MOSSORO RN 59600000

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

Nome: IVANILDO VIEIRA DA SILVA

RG: 1718107

CPF: 1255632488

Endereço: JOSE CHICO 254 DOM JAIME CAMARA MOSSORO RN 59600000

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

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

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

30721199 FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO

30721237 REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO

30732026 ENXERTO OSSEO

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

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

MOSSORO RN, 30 de NOVEMBRO, de 2018

X. Getúlio Vieira dos Santos  
Paciente ou Responsável Legal

### TESTEMUNHAS

---





## ADVOCACIA ANDRADE

PREVIDENCIÁRIO - CÍVEL - TRABALHISTA

### PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

**OUTORGANTE: LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA**, brasileira, casada, Apg, portadora da Cédula de Identidade nº 001.718107, inscrito no CPF nº 012.556.324-88, residente e domiciliada à Rua José de Chico, nº 254, Dom Jaime Camara, Mossoró/RN.

**OUTORGADO: FRANCISCO GETÚLIO DE OLIVEIRA ANDRADE**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN 5.128, com endereço profissional situado à Rua Pedro Leopoldo, nº 4, Aeroporto, Mossoró/RN.

**PODERES: OBJETO:** representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ad juditia et extra, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, tomar ciência de qualquer intimação, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e alvarás, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

**RETENÇÃO DE HONORÁRIOS:** Fica autorizado pelo(a) outorgante a título de honorários em favor do outorgado a retenção no valor de 30% (trinta por cento) do valor a ser recebido, quando da expedição do competente alvará, RPV ou precatório.

Mossoró/RN, 25 de abril de 2019.

LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA  
**OUTORGANTE**

Rua Pedro Leopoldo, nº 4, Aeroporto, Mossoró  
(84) 3317-3956 / 99815-4800 / 99685-5657 / 99939-7989 / 99902-3539  
Rua São Benedito, nº 123, São Benedito, Pau dos Ferros/RN  
(84) 99815-4800 / 99926-9453 / 99693-1956

Rua João Paulo de Souza, nº 12, Sala 1, Tota Barbosa, São Miguel/RN  
(84) 99815-4800 / 99926-9453 / 99693-1956  
Av. Sen. João Câmara, 1377 - Sala 17, Dom Eliseu, Assú/RN  
(84) 99815-4800 / 99939-7989 / 99902-3539

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA**, brasileira, casada, Apg, portadora da Cédula de Identidade nº 001.718107, inscrito no CPF nº 012.556.324-88, residente e domiciliada à Rua José de Chico, nº 254, Dom Jaime Camara, Mossoró/RN. (não possui endereço eletrônico), declaro para os devidos fins que se fizerem necessário que sou pobre, nos termos do art. 5º, LXXIV da Magna Carta, e art. 1º da lei 7.115/83, e que no momento não tenho condições de arcar com depósito recursal, custas e honorários.

Mossoró/RN, 25 de abril de 2019

LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA  
Declarante

## **SUBSTABELECIMENTO**

Eu, **FRANCISCO GETÚLIO DE OLIVEIRA ANDRADE**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5128, com escritório profissional localizado à Av. Aldemir Fernandes, 61, Aeroporto, Mossoró-RN, pelo presente instrumento, substabeleço com reserva de poderes a **PLINIO MAX MELO**, brasileiro, casado, advogado, **OAB/RN 10.415**, com escritório profissional à Rua Pedro Leopoldo, 04, Aeroporto, Mossoró-RN, todos os poderes que foram conferidos na procuração outorgada por LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA.

Mossoró/RN, 30 de maio de 2019.

**FRANCISCO GETULIO DE O. ANDRADE**  
**OAB/RN 5.128**

*(assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)*



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró  
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0809048-62.2019.8.20.5106

### DESPACHO

Vistos etc.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 30 de maio de 2019

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró  
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0809048-62.2019.8.20.5106

### DESPACHO

Vistos etc.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 30 de maio de 2019

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito