



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
43638 080	30/05/2019 11:18	COMUNICADO DPVAT	Documento de Comprovação
43638 081	30/05/2019 11:18	DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
43638 091	30/05/2019 11:18	PROCESSO	Documento de Comprovação
43638 094	30/05/2019 11:18	PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO	Procuração
43638 102	30/05/2019 11:18	Substabelecimento - PLINIO	Substabelecimento
43643 601	31/05/2019 10:59	Despacho	Despacho
44097 717	06/06/2019 11:20	Citação	Citação

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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.

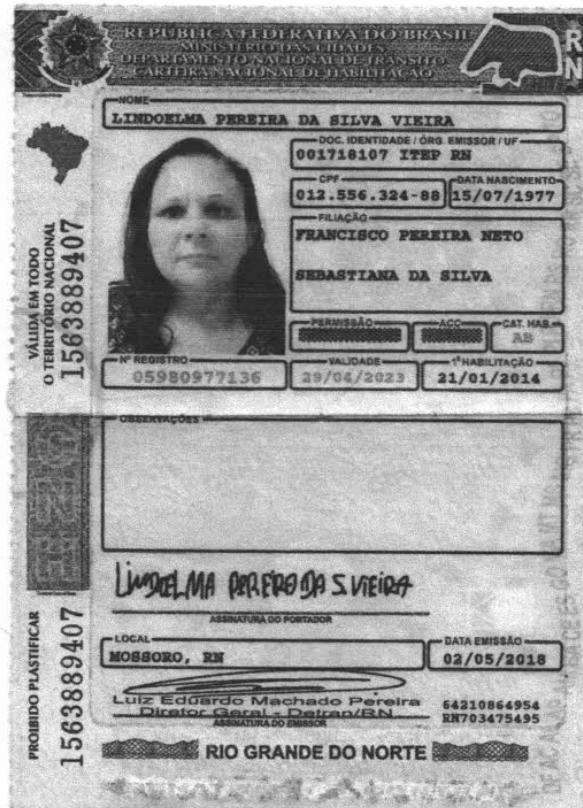
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



[Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1330980175]

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

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

Ligações Grátiatas:

-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 Grátiata de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grátiata 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

CONTA CONTRATO

0468924013

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDERECO

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

TOTAL A PAGAR

R\$ 5,08

DATA DA APRESENTAÇÃO

06/02/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

019190808

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.

838800000003 050800384004 468924013200 011442678539



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROTOCOLO
RECEBIDO

08 FEVEREIRO 2019

TERRA DO SOL ALUM
E SUPERMERCADO DE SEGS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
Nº 013710891158

VA	PLACA	CPF / CNPJ	NOME
LAND ROVER FREELANDER 2.2 TD4 4X4	QD13492	012.516.371/0001-18	EXERCÍCIO: 2018
PLACA ANT / UF	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
QD13492 / RN	QD13492	2018	05/08/2018

ESPECIE / UFG	PLACA / CNPJ	EXERCÍCIO	CPF / CNPJ	PLACA
FAZENDA	QD13492	2018	012.556.324-88	QD13492
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	MARCA / MODELO	
HONDA / CRV 1.6 16V 4WD	014/162	2015	RENAULT	010.918.593-671
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	MONTA / NRR	160 3RGS
014/162 01.600/2.050	PN	VERMELHA	9C2KD1000GR004386	
COTA UNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS		
R\$ 10.00	27/03/2018	1º PARCELA		
P	FAIXA LÍMVA	PARCELAMENTO / COTAS		
V	014323 / 34	2 / 35,23		
A		3		
PREMIO TANIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*** = LICENCIAMENTO	ETAN	FACO	IOF (R\$)	IOF (R\$)
ALLEN, FELIPE FAVOR LEITE	03.03.14	220 / 0001-35		
BRASIL, RONALD S. A.		OBSTETRICO		
MOTOR: RD112006061386		NEON		
MOSSEBO, RM	DATA			
	05/08/2018			

DETRAN

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

SEGURADO: OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. O SEGURO DPVAT

RN Nº 013710891158 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
Nº 013710891158

VA	PLACA	CPF / CNPJ	NOME
LAND ROVER FREELANDER 2.2 TD4 4X4	QD13492	012.516.371/0001-18	EXERCÍCIO: 2018
PLACA ANT / UF	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
QD13492 / RN	QD13492	2018	05/08/2018

ESPECIE / UFG	PLACA / CNPJ	EXERCÍCIO	CPF / CNPJ	PLACA
FAZENDA	QD13492	2018	012.556.324-88	QD13492
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	MARCA / MODELO	
HONDA / CRV 1.6 16V 4WD	014/162	2015	RENAULT	010.918.593-671
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	MONTA / NRR	160 3RGS
014/162 01.600/2.050	PN	VERMELHA	9C2KD1000GR004386	
COTA UNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS		
R\$ 10.00	27/03/2018	1º PARCELA		
P	FAIXA LÍMVA	PARCELAMENTO / COTAS		
V	014323 / 34	2 / 35,23		
A		3		
PREMIO TANIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*** = LICENCIAMENTO	ETAN	FACO	IOF (R\$)	IOF (R\$)
ALLEN, FELIPE FAVOR LEITE	03.03.14	220 / 0001-35		
BRASIL, RONALD S. A.		OBSTETRICO		
MOTOR: RD112006061386		NEON		
MOSSEBO, RM	DATA			
	05/08/2018			

DETRAN

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018





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

PROPOSTA
RECEBIDA
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

Bairro: Dom Jaime Câmara
Nº: s/n

Ponto de Referência: Em frente ao posto Fan
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	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: 002439668

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: R Cel José Nicácio
Complemento: casa
Bairro: Dom Jaime Câmara

Nº: 206

CEP: 59.628-810

Nome Civil: CLAUDIO ANTONIO DO NASCIMENTO (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Pernambucano 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
Bairro: 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 Valdério 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: LÍNDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55193928	Prontuário: 8710242
Convênio: HAPVIDA MOSSORÓ	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 AO EXAME: BEG., LOTE, EUPNEICO, GLASGOW 15 ACP: DENTRO DA NORMALIDADE ABDOME INOCENTE	[1]
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		

CUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CAMILA FERREIRA REBOUCAS 07391078441, às 07:30BRT de 28/11/2018



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Paciente: LINDOELMA PÉREIRA DA SILVEIRA VIEIR	Dt. Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55193928	Emissão: 27/11/2018 12:13
Convenio: HAPVIDA MOSSORÓ	Nº Prescrição: 19327491	27/11/2018 às 12:12	
Posto: REC EMG - HOSP MOSSORÓ	Leito: /		
1.DIPIRONA (500,00mg/ml)			
Aqua Destilada	1000 mg	2ML (AMPL C/500ML Agora EV	
	18 ml		
2.GLICEMIA PELA FITA (DX) / HGT			
3.CURATIVO PEQUENO			
4.SINAIS VITais			
5.TALA LUVA			
Profissionais CRM-8278	CAMIΛA FERREIRA REBOUCAS		
		CRM-8278	
		CRM-8278	
		CRM-8278	



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

27/11/2018 13:49

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55193928	Prontuário: 8710242
Convênio: HAPVIDA MOSSORÓ	Posto: POSTO EMERGENGIA	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 TERAPÉUTICO	
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação [1]



MENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MARIO MARCOS ANTONIO DA SILVA:02818013414, às 16:458RT de 27/11/2018

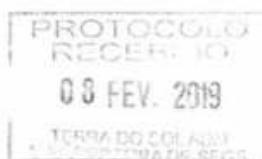
PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR	Dt. Nasc.: 15/07/1977	Atendimento: 55193928
Convenio: HAPVIDA MOSSORÓ	Nº Prescrição: 19327491	Prontuário: 8710242
Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 310205/2	Peso: kg
6. PROFENID IV (100.00mg)	1FRAP (C/100MG)	
Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	Agora EV
	100 ml	

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

CRM-7026



Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - SP/SADT Nº 37138247											
1 - Registro Ans ANSERF 0		3 - N. Guia Principal 37138247		Prioridade PRIORIDADE ALTA		4 - Data da Autorização		5 - Série		6 - Data de Vigência da Série	
8 - Número da Carteira BS064000810305015		9 - Plano PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMAR		10 - Validade da Carteira		11 - Nome LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA		12 - Número da Carteira Nacional de Saúde		7 - Data de Emissão do Guia 27/11/2018	
13 - Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361267000140		14 - Nome do Contratado RAIX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUEAS		15 - Código CNES RN		16 - Nome do Profissional Solturante CAMILA FERREIRA REBOUCAS		17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 8278	
21 - Data/Hora da Solicitação 27/11/2018		22 - Círculo da Solturante U		23 - CID 10 T14		24 - Indicação Clínica TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO		19 - UF RN		20 - Código SEGU S PRO 03	
25 - Código do Procedimento 2 02		26 - Código do Procedimento 32030118		27 - Descrição RAIX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUEAS (Lado Direito)		28 - Data Solc. 1		29 - Data Autor. 1		30 - Data Autor. 2019	
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE											
30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267000140		31 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF		32 - T. Log.		33 - N. Legislação - Nome - Complemento		36 - Município		37 - UF	
40 - Código da Profissional/CNPJ do Exec. 7391078441		41 - Nome do Profissional Eletroagulho/Complementar CAMILA FERREIRA REBOUCAS		38 - Cód. IBOE		39 - CEP		40 - Código CNES			
DADOS DO ATENDIMENTO		42 - Conselho Profissional CRM		43 - Número no Conselho 8278		44 - UF RN		45 - Código CBO S		46 - Gru de Participação	
46 - Tipo de Atendimento 07 - SAUT, Interno, 09 - Quimioterapia, 09 - Radioterapia, 10 - TRS - Tratamento Substitutivo		47 - Indicação da Acler- 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho		48 - Pto de Saida 1 - Tramito, 2 - Outras		49 - Pto de Saida 1 - Relatório, 2 - Relatório SAUT, 3 - Referência		50 - Gru de Participação		51 - Valor Unitário - R\$ 0,00	
49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica		50 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias		51 - Hora Inicial 27/11/2018		52 - Hora Final 27/11/2018		53 - Data do Procedimento 32030118		54 - Tab RAIX PUNHO: A.P - L.	
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS											
55 - Data 27/11/2018		56 - Total Procedimentos - R\$ 0,00		57 - Total Taxes e Ajustes - R\$ 0,00		58 - Total Materiais - R\$ 0,00		59 - Total Medicamentos - R\$ 0,00		60 - Total Guia - R\$ 0,00	
61 - Data e Assinatura do Solturante 27/11/2018		62 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 27/11/2018		63 - Data e Assinatura do Responsável pelo Autorizado 27/11/2018		64 - Observação		65 - Data e Assinatura do Procedimento		66 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/11/2018	
AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVAIAJÇES DE MEU ATENDIMENTO											
Assinatura e/ou Identificação do Responsável											
67 - Total Materiais - R\$ 0,00		68 - Total Taxes e Ajustes - R\$ 0,00		69 - Total Medicamentos - R\$ 0,00		70 - Total Guia - R\$ 0,00		71 - Total Guia da Guia - R\$ 0,00		72 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/11/2018	
73 - Data e Assinatura do Prestador Executante 27/11/2018		74 - Data e Assinatura do Responsável pelo Autorizado 27/11/2018		75 - Data e Assinatura do Responsável pelo Autorizado 27/11/2018		76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/11/2018		77 - Data e Assinatura do Prestador Executante 27/11/2018		78 - Data e Assinatura do Prestador Executante 27/11/2018	

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
55193928



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

28/11/2018 09:24:25

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
8710242	LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA		F	15/07/1977	41
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
1399002 SSP RN	1255632488			1-CASADO	
Endereço					
R JOSE CHICO,254 - DOM JAIME CAMARA, MOSSORO(RN) CEP 59800000					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho				
96254114					

DADOS DO CONVENIO

Convenio	PLANETA INDUSTRIA E SERVICOS LTDA - ME		
255 HAPVIDA MOSSORO	6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
B5064000081035015			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	310100-REC EMG - HOSP MOSSORO		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
27/11/2018	12:01		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente	3181979 CAMILA FERREIRA REBOUCAS		
Médico Acompanhante			
	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) GIULIANA DINIZ LIRA

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAISAtendimento
55276534

!Z>dE"

30/11/2018 16:44:49

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

Identidade	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	<i>Assinatura</i>
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

Cirurgico

Setor

16300-RECEPCAO EMG ADULTO

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
0/11/2018	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

01/12

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	103410 SALA CC 01	<i>10213</i> <i>Wanessa</i> 02

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
2201677	99996666	C91885836	INTERNACAO
2201677	30721199	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	434404
Cirurgia(s) :	30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	Tipo Anestesia:		HAPVIDA MATRIZ
	30721199	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO	30732026	ENXERTO OSSEO	BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA
Sala Cirúrgica:	SALA CC 01		Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.: 1021
Equipe Médica:	CIRURGIAO		1200798	JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADES	CRM 10511
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO		1630440	MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO	CRM 10780
	ANESTESISTA		3746925	GUSTAVO NOGUEIRA BARRETO	CRM 19702
	CIRCULANTE		3384250	GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE	COREN 1141107
	SEGUNDO(A) CIRCULANTE		3192040	VERIDIANA DA SILVA COSTA	COREN 964823

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
	Material Médico-Hospitalares			Medicamentos	
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	139799	CLONIDIN 150MCG AMPL 1 UD	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
134865	AGULHA STIMUPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	145419	FENTANIL 5ML AMPL 5 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	48674	IRUXOL BISN 30 GR	5
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	80	134164	NOVABUPI C/AD 0,5% FRAP 1 UD	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	5	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	2	43290	RINGER C/LACTATO 500ML TUBO 500 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,80 - 1 UD	1	77593	SEVORANE 250ML FRAS 250 ML	1
81868	CANETA DESCARTAVEL P/ BISTURI - 1 UD	1	43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	30
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	83941	SUFENTA 2ML AMPL 1 UD	1
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250	45233	XYLOCAINA C/AD 2% FRAP 20 ML	1
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	3			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
26771	FAIXA DE SMARCHE 12CM ROLO 1 UD	2			
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	1			
161805	FIO Q & J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	2			
165589	FIO Q-PG138X VICRYL 3-0 ENV 1 UD	10			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	4			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	20			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	15			
105112	LATEX SUICONIZADO - 1 MT	17			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	21			
10651	LUVA DESC.ESTERIL N-7,0 - 1 PA	5			
10660	LUVA DESC.ESTERIL N-7,5 - 1 PA	5			
10678	LUVA DESC.ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
10724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	100			
0822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA CITRAS PCT 50 UD	5			
1004	MICROPORE 28X10 TUBO 1000 CM	100			
7209	PARAFUSO CORTICAIIS ATE 3,5MM - 1 UD	4			
30923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
43053	PLACA EM TREVO 3,5 INCLUI PARAFUSO - 1 UD	1			
0849	PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD	1			
0848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	5			
0856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1			
0864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
0872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
0970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD	3			
1151	SONDA ENDOT.DESC.8,0 CIBALAO - 1 UD	1			
0881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
1430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Data: 30/11/2018

Circulação: JOÃO RICARDO POLIM ARRENDARIO - www.orientador.com.br - 2012

FICHA DE ANESTESIA



ANTONIO
PRUDENTE

Nome: Brenda Pereira da Silveira Viana Data: 50/11/18
 Idade: 41 Peso: 98 Sexo: F () M ()
 Prontuário: 8710292 Convênio: Hospital
 Diagnóstico: Fratura de rádio distal
 Cirurgia: to. un. de fratura Anestesia: Blockus + geral
 Cirurgião: João Relan ASA: II

A	HORA	17:30	18:45
G	O ₂	100%	
E	N ₂ O		
N	Ar		
T	Sens		
E			
S			

LÍQUIDOS

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂				
ETC O ₂				
PVC				
220				
200				
180				
160	DD			
140	VVVVVVVV	VV	VV	
120	VV	VV	VV	
100				
80	PP	PP	PP	
60	11111111	111111	111111	
40				
20				

1. Monitorização não invasiva.
2. Sedação plena via intráclínica 20G, previamente punçionada.
3. Bloqueio de flexor braquial por acesso interosseoso e avolar.
4. Fálha de bloqueio: optado por relaxante profundo com máscara laringea nº 3.
5. Máscara retirada sem intercorrência.
6. O2 5RPA

DROGAS			EVENTO		
1. Sufentanil	0,025ug	9. Ondanestetano		A	
2. Milha 10ml	3ml	10.		B	
3. Isodamina 250mg c/AD	900mg	11.		C	
4. Bexoflupivacaína 0,5% c/AD	100mg	12.		D	
5. Fentanyl	1,00mcg	13.		E	
6. Propofol	1,00mg	14.		F	
7. Cefazolina	2g	15.		G	
8. Clavulídina	1,50mcg	16.		H	
9. Colagofrato	100mcg	17.		I	
10. Dexameta	2g	18.		J	
LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	
5-	1000ml			Entubação: Oro Naso Sonda:	
RL	500ml			Máscara Laringea	
				Respiração: Espont. Assist. <u>Mech.</u>	
				Absorvedor de: Saram <u>Saram</u>	
				Posição: DD Local da Punção:	
				Aguilha: Técnica:	
				Início: Final:	
				Duração:	

Condição final op: Suxameta, SpO₂ 100%, O₂ 3L/min

Intercorrências per. op:

Oto sem intercorrência.

Ass. Anestesista - CRM

Gustavo Nogueira Barreto
CRM-19702

FICHA DE ANESTESIA REF: 74411

BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de 1

30/11/2018 17:15

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
Professional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENALDIS MEDICO CRM 10511-01		Nº: 30879127	30/11/2018 às 17:09

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S525	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S525	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	30/11/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	17:10	[1]
Cirurgia	TRATAMENTO DE FRATURA DE RÁDIO 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 Arsenaldi
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-CE 10511 - TEOF 10293

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

30/11/2018 18:10

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

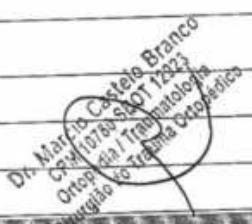
Paciente:	LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR	Dt. Nasc.:	15/07/1977	Atendimento:	55276534	Prontuário:	8710242
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/2		
Profissional(is):	GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE, TECNICO DE ENFERMAGEM (COREN 141107-11)	Nº:	30879806	30/11/2018	às 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 ENCAMINHAR AO CC

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. Marlon Castelo Branco
 CRM 10781-S/01 12023
 Ortopédia / Traumatologia
 Cirurgião de Trauma Ortopédico

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 Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 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]

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	
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS			
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.		[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	SIM.		[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.		[1]
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	SIM.		[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.		[1]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO			
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]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão 30/11/2011

 ANTONIO
PRUDENTE

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

Dt. Nasc.: 15/07/1977
Nº Prescrição: 19363706
Leito: 1334102

Atendimento: 55276534
Prontuário: 8710242
Peso: 80,00 kg

CRM-10

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total: 500 ml

ml/Kcal/dia

500 ml

1FRAP (C/1GR)

8/8h

EV 05

CRM-10

3. SORO FISIOLOGICO 0,9% (1.00g)

1g

10 ml

1FRAP (C/100MG)

8/8h

EV 06

CRM-10

4. PROFENID IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100 mg

100 ml

1FRAP (C/100MG)

8/8h

EV 04

CRM-10

5. DIPIRONA (500,00mg/ml)

Aqua Destilada

1000 mg

2ML

(AMPL C/500MC

6/6h

EV 04

CRM-10

6. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100 mg

100 ml

(AMPL C/100MG)

8/8h

EV 06

CRM-10

7. PLAMET (5,00mg/ml)

Aqua Destilada

10mg

2ML

(AMPL C/10MG)

8/8h

EV 06

CRM-10

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

9. CURATIVO MEDIO+SFF+GAZE ACOLOCHOADA

SN

10. PUNCAO C/ JELCO

SN

11. SINNAIS VITAIS

SN

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadiis
Ortopedista e Traumatologista
CRM-CE-0511-10023

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA

SN

15. COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

Profissionais CRM-10511

JOAO RICARDO ROLIM ARSENIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3
Risco-PI:
Início

Emissão 01/12/2018 04:15

pac. nte: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR
Dt. Nasc.: 15/07/1977 Atendimento: 55276534
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 0019363706
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133492 Peso: 80,00 kg

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE
3/3h ORAL

2. Hidratação
Venosa
SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500ml
3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (Din) 1g 10 ml
Agua Destilada

4. PROFENID IV (100,00mg)
Soro Fisiologico 0,9% 100mg 1FRAP (C100MG) 8/8h EV

5. DIPIRONA (500,00mg/ml)
Agua Destilada 1000mg 2ML (AMPL C1500MG) 6/6h EV

6. TRAMADOL (50,00mg/ml)
Soro Fisiologico 0,9% 100mg 100 ml 18 ml
Alta vigilância

7. PLAMET (5,00mg/ml)
Agua Destilada 10mg 2ML (AMPL C10MG) 8/8h EV

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

9. CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE
ACOLCHOADA

10. PLUNCAO CJELCO

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.

WANESSA
COREN
53.621-ENR

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3
Emissão: 01/11/2018 04:15

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR
Nº Prescrição: 0019363706
Leito: 133410/2

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

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

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SN

COMPRESSÃO COM ÉTER

enviado para o SND

ENTEROFIX _____
Ass. _____

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

Valéssia Valéssia
COGEN - 525.521-521

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3
Emissão: 01/12/2018 04:15

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

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

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

Prontuário: 8710242
Descrição
Qtd.

STOS	Descrição	Qtd.

AMET	Descrição	Qtd.
VA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1

AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5
AGUA DESTILADA 20ML AMPL. 20 ML	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5
AGUA DESTILADA 20ML AMPL. 20 ML	1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2
DIPRIMA 1 G AMPL. 2 ML	1

AMET	ERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1
UVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	
COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	
AGUA DESTILADA 20ML AMPL. 20 ML	1	
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	
DIPRIMA 1 G AMPL. 2 ML	1	

AMET	ERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1
UVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	
COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	
AGUA DESTILADA 20ML AMPL. 20 ML	1	
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	
DIPRIMA 1 G AMPL. 2 ML	1	

PROFEND IV

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100	1
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1
UVA 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

CEFAZOLINA SÓDICA

UVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 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

HW Volt Total:	500,00 VSE
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500	11
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1
TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1

Wanessa
concelos
COREN-PE - 525.521-ENF



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

30/11/2018 19:11

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 CIRÚRGICO - 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	Máximo:
Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades LATERAIS Levantadas	Máximo:
HIGIENE ORAL E CORPORAL	Máximo:

Mônica L. M.
Enfermeira
COPEN-CIRÚRGICO



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
30/11/2018 07:11 PM

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 GIRAO BERTO (COREN 407169)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Normal		
NIVEL DE ORIENTACAO	Normal		
Sinais Vitais- Frequência Respiratoria	Normal		
PADRAO RESPIRATORIO	Normal		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Normal		
Pressão Arterial	Normal		
Sinais Vitais- Temperatura	Normal		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

100
1000
10000
100000
1000000

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 GRAU DE SOUZA ENFERMEIRO/ALCOREN 407189/11 N°: 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, PÉRVOO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. CURATIVO LIMPO EM INCISÃO CIRÚRGICA E SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO. SEGUO 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]



MARIA MONICA GRAU DE SOUZA
Enfermeira



ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS (TAIS)

2021.1.20 16:16:43

Profissional: TEREZA RAQUEL LIMA MONTEIRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 173164 (1) | Convênio: HAPVIDA MATRIZ | DR. Nasc.: 21/02/1915 | LINDOLLETA FERREIRA, 66 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20040-000 |

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR
Nasc.: 21/02/1974 Prontuário: 8710242

Leito: 133410/2
Nº Documento: 19363529
Tipo: Enfermagem
Atendimento: 55276534
30/11/2018 às 16:44

Rebeca Raquel Lima Montenegro
COREN-CE - 1173154 - TE

ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITais

 Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA MEIR
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
 Dl. Nasc.: 21/02/1974
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Profissional: FRANCISCA MIKEY FARIAS ARRUDA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 832216 [1] || MARIA KATIANE DE MATOS, ENFERMEIRA, COREN 641112 [2] ||

 Leito: 133410/2
 Nº Documento: 19364705
 Atendimento: 552716534

 Tipo: Enfermagem
 30/11/2018 às 19:20

SINAIS VITais	Leitura																								
	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	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	
Frequência Respiratória (Impor	07172																								
Frequência Cardíaca (bpm)	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]
Temperatura (°C)																									
Sat O2 (%)																									
Pa Sistólica (mmHg)																									
Pa Diastólica (mmHg)																									
P脉 (bpm)																									

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 2
Emissão 03/12/2018 10:49

Paciente: JANDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR
;onjunto: 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

1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2.Hidratação	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/minAcesso Periférico	—
Venosa					
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	mKcal/dia	500ml	1FRAP (C10MG)	8/8h EV
3.CEFAZOLINA SODICA (1,00g)	1g		10 ml	—	—
4.PROFENID IV (100,00mg)	100mg		1FRAP (C100MG)	8/8h EV	—
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			
5.PLAMET (5,00mg/ml)	10mg	2 ML	(AMPL C10MG)	8/8h EV	—
		18 ml			
6. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2 ML	(AMPL C100MG)	8/8h EV	SN
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			—
7.DIPIRONA (500,00mg/ml)	1000mg	2ML	(AMPL C150MG)	6/6h EV	10/
		18 ml			
8.PUNCAO C/ JELCO					—
9.SINAIS VITais					—
10.CURATIVO COM ATADURA E GAZE					—
ACOCHOADA MEDIO					—
15.Alta em: 01/12/2018					ALTA MELHORADO
Alta dada por: BRUNO DE BRITO BOTELHO					

Reservado para o SNC

ENTEROFIX Ass.

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

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

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR
Nº Prescrição: 0019369937
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: POSTO 1B

Dr. Nasc.: 15/07/1977
Atendimento: 55276534
Nº Prescrição: 0019369937
01/12/2018 às 10:28
Leito: 1021/3
Peso: 80,00 kg

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.

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. SEGUO SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Dra. Kelly O. Alcantara
Enfermeira
COREN: F-400.978

PLANO TERAPÉUTICO 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
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2
 Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIO CRM/CE 10511 TEOT 10293 N°: 30878925 30/11/2018 às 17:04

IDENTIFICAÇÃO

Nome: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA [1]
 Sexo: Feminino. [1]
 Idade: 41 A 4 M [1]
 Data De Nascimento: 15/07/1977 [1]
 N° Atendimento: 55276534 [1]

DADOS DO PACIENTE

Motivo Sida/Internação: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO [1]

CID10 Primário

TRATAMENTO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL [1]

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Principal

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

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

2 Dias

[1]

Total De Dias

[1]



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

30/11/2018 17:16

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977 Atendimento: 55276534 Prontuário: 8710242
Univênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2
Profissional(is): JOÃO RICARDO ROLIM ARSENAL ISM MED CRM/CE 105111 N°: 30879410 30/11/2018 às 17:16

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

POS OP DE TRATAMENTO DE FRATURA DE PUNHO

[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arsenálio
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10511 - TRDT 10293

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

30/11/2018 17:19

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: LUCIANO DE LIMA MOREIRA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 21/07/1988 Atendimento: 55268404 Prontuário: 11976053
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/11

Professional(is): MARCOS CARVALHO CASTELO BRANCO MEDICO CRM 10780 [1] N°: 30879431 30/11/2018 às 17:17

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA RÁDIO

[1]

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

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 BOTEI FOL MEDICO CRM 9329 [1]	Nº: 30899316	01/12/2018 às 10:26
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO		
Evolução Do Paciente	1º pós-operatório de fratura do radio 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]



(Preencher quando não houver elsesta)
Nome completo (paciente): Isabeline Pereira S. Vieira
CPF: _____
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 anestesiologista 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 anestesiologista. 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 anestesiologista 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, entofetamina, 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

Confirme que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, comprehendo 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 13

Horas: 16:47

Nome legível: Isabeline Vieira dos Santos

Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme 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

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

 Paciente: Wendolene P. da S. Vienna

Passagem: _____ Leito: _____

 Prontuário: 8710242

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR										
						Sólidos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						Líquidos											

CIRURGIA/PROCEDIMENTO
Teto cir. de fratura
DIAGNÓSTICO
Fratura de rádio distal
AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório

Negativo

Tolerância ao exercício

Hipertensão

Angina

Coronariopatia

Infarto do miocárdio

Insuf. Cardíaca

Outras _____

Câncer

Quimioterapia

Outras _____

 Negativo

Respiratório

Dependência O₂

Apnéia do sono

OIVAS recente

Expectoração

Outras _____

Negativo

Asma

Tuberculose

OPOC

 Negativo

Gastrointestinal/hepático

Ref. Gastro-esofágico

Úlcera péptica

Vômito/ diarréia

Hérnia de hiato

Obst. Intestinal

Outras _____

Negativo

Gastrite

Hepatite

Cistercia

Cirrose

 Negativo

Neurológico

Convulsões

Dormência/ fraqueza

Lesão medular

Outras _____

Negativo

AVC

Cefaléia

PIC

 Negativo

Renal

Doença renal crônica

Insuficiência renal

Outras _____

Negativo

Diálise

 Negativo

Hematológico

Transfusão prévia

Plaquetopenia

Outras _____

Negativo

Coagulopatia

Anemia

 Negativo

Músculo esquelético

Dor lombar

Musculodistrofia

Outras _____

Negativo

Artrite

 Negativo

Endócrino

Diabetes tipo

Patologia da tireóide

Outras _____

Negativo

 Negativo

Comentários sobre os achados

Seu contraindicação ao ato anestésico
Crúrgico

Anestesiologista

CRM

RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTOS
CONTROLADOS PELA PORTARIA
344/98

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE - FORTALEZA

tendimento: 55276534 Prescrição: 19363706 Item: 2 Receita Num: 2018632219

Nome do Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA

Unidade: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Medicamento: TRAMAL 100MG

Presentação: AMPOLA

Forma de administração: ENDOVENOSA

Posologia: 8/8h

Data: 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: _____) declaro que fui devidamente informado pelo enfermeiro Jefferson Ferreira 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 Ferreira
COREN-CE 519.637 ENF

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Thiabela Vieira dos Santos, autorizo a realização do procedimento Extrusão de Radix do paciente Zé da Silva Vieira Silveira, data de nascimento 1/1/1980. 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: Thiabela Vieira dos Santos
Responsável Legal

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS			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:	<i>Indeeline Irene S. A.</i>	Data de Nascimento:	
Nº do prontuário:		Data de admissão:	<i>30.11.18</i>
Leito:	<i>FOR</i>	Data da realização da escala:	

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	Historia da queda anterior	1 4	Não Sim	1
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 4	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 Alerta e calmo	1
D	Estado psico-cognitivo	1 2 3 4	Depressivo Ansioso Agitação psicomotora	1
E	Comprometimento Sensorial	1 2 3 4	Sem comprometimento sensorial Dificuldade auditiva Dificuldade visual Dificuldade sensorial	1
F	Mobilidade/equilibrio 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 apoiós de marcha Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
G	Alterações nas eliminações	1 4	Não Sim	1
SOMA DOS PONTOS:				<i>10</i>

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		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

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

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO			Data de Revisão: 10.09.2018- V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1	Data da Elaboração: 20/03/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Benediccia Prune Sono DATA DO NASCIMENTO: 1/1/1960
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: E.Truve Amzca DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 30/11/18

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

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

SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:

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()

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 contra indicação ou determinação expressa do médico assistente.
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia.

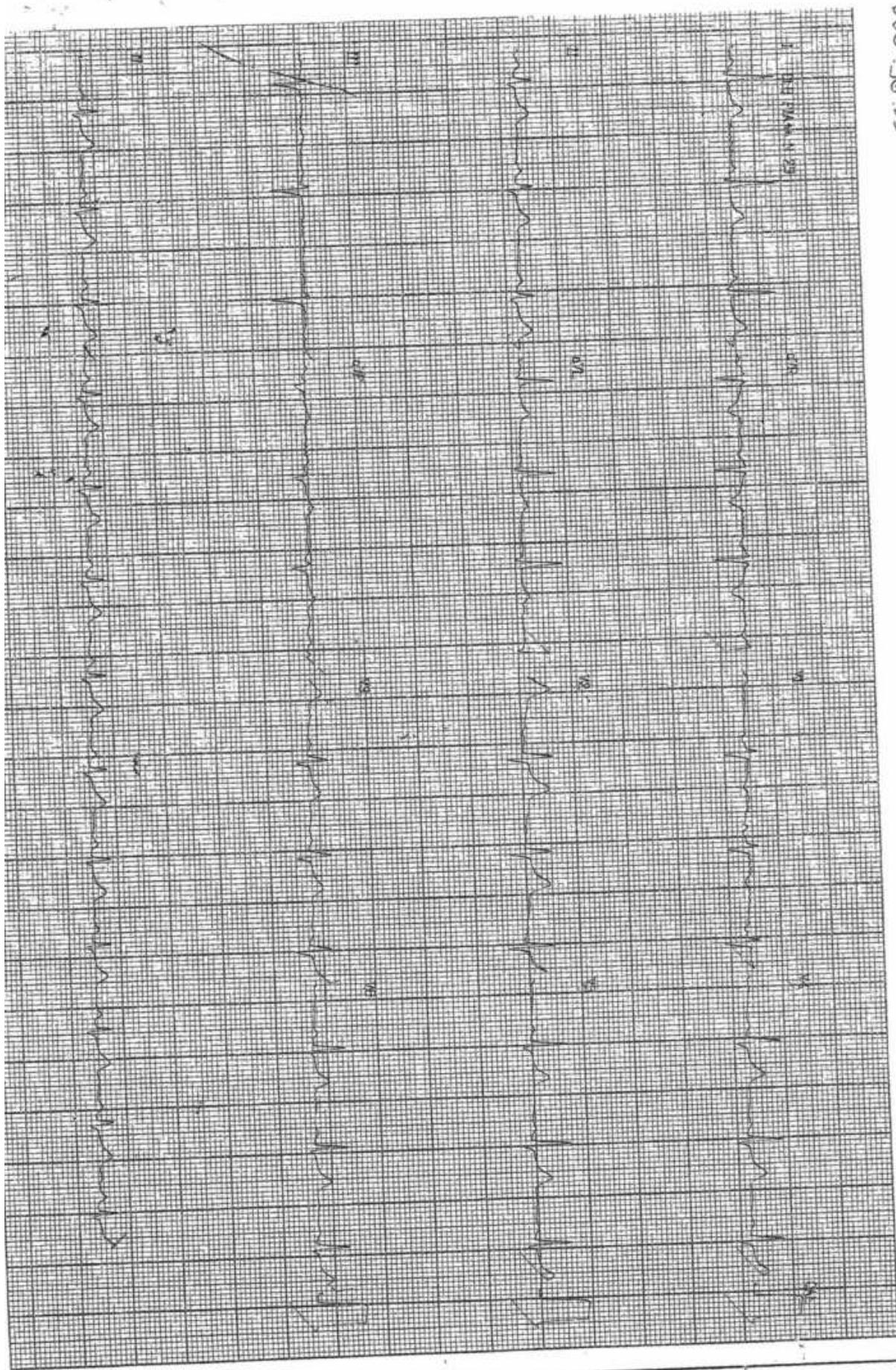
Jefferson Carneiro
COMEN-CE 114637 ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

última versão da sua versão 4.1.0
2027/11/18

ans: 36:23

Tec. Rayonara





Plasma
Diagnósticos
LABORATÓRIO

Sede: Rua Melo Franco, 59 - Centro
Unidade HAPVIDA 24h: Av. Diocesana, 260 - 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) 3321.8008 / 3321.8435 / 98829.4792
www.plasmadiagnósticos.com.br



003000064272

Paciente LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA	Idade 41 (A)
Médico ALLYSON BESSA	Coleta 03- Unidade 24 Horas
Convênio HAPVIDA ELETIVO	Entrega 01- Impresso

RESULTADO

HEMOGRAMA

*** Analisador Automático - ABX Pantra XI 80 - Horiba Medical ***

Eritrogramma

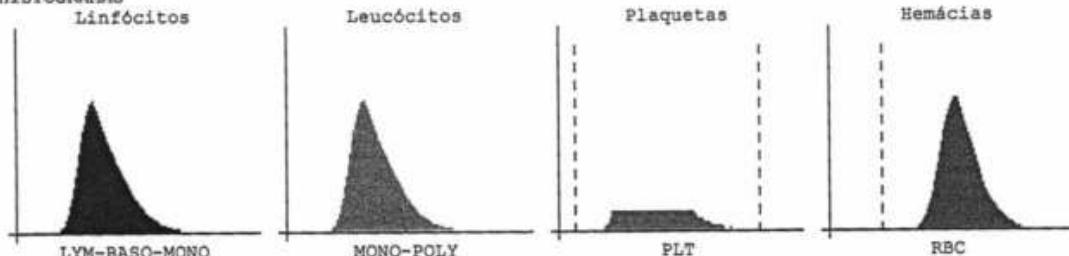
Exame		Homens	Mulheres
Hemácias em milhões:	4,14 u ³	4,5 - 6,5	4,0 - 5,6
Hemoglobina	12,1 g/dL	13,5 - 18,0	11,5 - 16,0
Hematócrito	35,6 g/dL	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0
VCM	85,99 fL	82,0 -	93,0
HCM	29,22 pg	27,0 -	32,0
CHCM	33,98 g/dL	32,0 -	36,0
RDW	14,1 %	12,0 -	16,0

Leucogramma

Leucócitos	15.800 /mm ³	4.000 - 11.000
Neutrófilos	70 %	11.060 /mm ³
Bastões	1 %	158 /mm ³
Segmentados	69 %	10.902 /mm ³
Eosinófilos	1 %	158 /mm ³
Basófilos	0 %	0 /mm ³
Linfócitos	24 %	3.792 /mm ³
Monócitos	5 %	790 /mm ³
Plaquetas	398.000 /mm ³	150.000 - 450.000
VPM	7,0 /mm ³	7,0 - 10,5
Plaquetórito	0,28 /mm ³	0,15 - 0,32
PDW	9,2 /mm ³	15,0 - 20,0

EDN

HISTOGRAMAS



Francisco X. Tercario
Dr. Francisco X Tercario
CRF 2547/RN

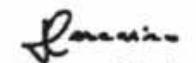
Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.

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

COAGULOGRAMA COMPLETO

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



Dr. Francisco X Tercelio
CRF 2547/RN

Folha: 2 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.



00300064272

Paciente LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIRA	Idade 41 (A)
Médico ALLYSON BESSA	Coleta 03- Unidade 24 Horas
Convênio HAPVIDA ELETIVO	Entrega 01- Impresso

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

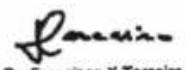
Método : Cinético Colorimétrico

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

Estimativa Ritmo da Filtração Glomerular

79 mL/min/1,73m²

V.R. : Valor Desejável/Recomendado: Estimativa RFG:
Maior que 60 mL/min/1,73 m²



Dr. Francisco X. Terceiro
CRF 2547/RN

Folha: 3 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.

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

36:30

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

CARTA DE CREDENCIAMENTO		CARTA DE CREDENCIAMENTO	
B-5064-000081/03-5	15/07/1977	2-128-2-300-46157/1109	2-128-2-300-46157/1109
LINDOELMAP S VIEIRA			
10/08/2017	NAO HA	MIX LXX	
	PLANETA INDUSTRIA E SERVICOS LTDA-ME		
	AMBUL-HOSP/CPARTO	ENFERMARIA	

TP: 3a 3m

barra: 3473

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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: *Brindesma* | Setor: *E* | Leito: *44* | Data: *29/11/18*

Confirmação de local de destino: Sim Não | Data de Nascimento: *01/01/1960*

Motivo da internação na unidade: *Fracasso de náuseas e vômitos*

Dispositivos em uso

Não | Sim, especificar: Marcapasso Bipap Bomba de infusão TQT EVP VM CVC

SNG, SNE e GTT Cateter de dialise SVD Drenos *Q.C.*

Transferência interna: Enfermaria *_____* UTI *_____* Outro: *_____*

Transferência externa: *_____*

Médico assistente: *Dr. Jair V. Vilela*

AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE

Data: *30/11/18* | Hora: *_____* h

Avaliação de risco: Queda LP Flebite Broncoaspiração Perda de dispositivo

INTEGRIDADE DA PELE

Integra | Curativo: Local *_____* | Grau *_____*

Lesão por pressão, especificar | Local *_____* | Grau *_____*

MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO

Não

Sim, especificar:

Anticoagulante

Insulina

Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína.)

Sedativos (ex: benzodiazepínicos)

NECESSIDADE DE ISOLAMENTO

Não

Sim, tipo:

Contato

Respiratório

Reverso

ALERGIA

Não

Sim

Medicamento: *_____*

Objetos do paciente

Não Sim, Especificar

PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME

Não

Sim, especificar *_____*

RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)

Data e hora:

30.11.18

Jefferson F. Camargo
COMEN-CE 519.637 ENF.

RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)

Data e hora:

Morino - bps

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
 Endereço: 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]
Número Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrecentadas 1	5 UD	[1]
Número 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]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine 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	
SINAIS VITAIS		
T	35 °C	[1]
P脉	64 bpm	[1]
PA	180;91	[1]
FC	64 bpm	[1]
FR	19 rrpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	94 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	30/11/18	[1]
Hora	17:40	[1]
OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PACTE;ADM NO C.C PARA TRATA	[1]
Intercorrências	SEM	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 3 de 3

30/11/2018 18:49

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

Paciente: LINDOELMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR. Dt. Nasc.: 15/07/1977 Atendimento: 55276534 Prontuário: 8710242
Endereço: Rua: 100, Centro, São Paulo, SP, 01000-000
Número: 100
Bairro: Centro
Cidade: São Paulo
Estado: SP
CEP: 01000-000

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Local: HAPVIDA MATRIZ

Incisão Cirúrgica	MSD	[1]
Placa De Bisturi	VASTO DA COXA DIREIDA	[1]
Punções Venosas	MSE	[1]
ES-OPERATORIO		

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 3

30/11/2018 18:49

TAL ANTONIO PRUDENTE

nre: LINDOÉLMA PEREIRA DA SILVEIRA VIEIR Dt. Nasc.: 15/07/1977

Atendimento: 55276534

Prontuário: 8710242

End: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

sional(is): GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE/TECNICO DE ENFERMAGEM/ COREN/ N°: 30880025 30/11/2018 às 17:31

IENTE

Emergência.

[1]

Origen Do Paciente

30/11/2018

[1]

Data De Admissão

Emergência.

[1]

EL-OPERATORIO

30/11/2018

[1]

Tipo De Cirurgia

FRATURA DE RADIO

[1]

Data Da Cirurgia

MSE.

[1]

Procedimento Cirúrgico Proposto

ENF;GEYZA

[1]

Pulseira De Identificação

Data Recebimento Do Paciente Na Unidade

30/11/2018

[1]

Responsável Pelo Recebimento

Sim.

[1]

Data Recebimento Do Paciente Na Unidade

NEGA

[1]

Avaliação Pré-Anestésica

NEGA

[1]

Comorbidades

NEGA

[1]

Nome, dosagem, frequência

NEGA

[1]

Alergia- Descrição

Não.

[1]

Tabagista

Não.

[1]

Etilista

Sim. CESARIANA,

[1]

Cirurgias Anteriores

Cooperativa.

[1]

Avaliação Das Condições Emocionais

Cirurgia.

[1]

Orientações Ao Paciente

Sim

[1]

Reserva de Hemoderivados

SIM.

[1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem

Jejum

[1]

NUTRICIONAL/METABÓLICO

SIM.

[1]

INTRA-OPERATORIO

ENF;GEYZA

[1]

Responsável Pelo Recebimento

16:55

[1]

Hora

05

[1]

Sala

INTEGRA

[1]

Condições Da Pele ao Inicio da cirurgia

17:30

[1]

Início Da Anestesia

18:00 45

[1]

Término Da Anestesia

17:45

[1]

Início Da Cirurgia

18:45

[1]

Término Da Cirurgia

TOINHA PARTICULAR

[1]

Instrumentador

GERLANDIA,VERIDIANA

[1]

INSTRUMENTO PARTICULAR DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CONFESSÃO 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 mantinha 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, de vendo 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 saldadas 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 executorias 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 IGPM, 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: _____

Ivanilda Vieira dos Souto
Responsável:
CPF 1255632488

Nome: _____
CPF: _____

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

MOSSORO RN ,30 de NOVEMBRO, de 2018

IVanilda Vieira dos Santos
Paciente ou Responsável Lega |

TESTEMUNHAS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: **LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA**, brasileira, casada, Asg, 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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **LINDOELMA PEREIRA DA SILVA VIEIRA**, brasileira, casada, Asg, 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 nº 11.419/06)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 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 Carnaubeiras, 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