



NAJMA SAID

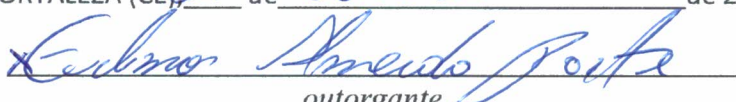
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	EUCLIMAR ALMEIDA PONTE		
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	NATURAL	
RG	2003012008422 SSP	ESTADO CIVIL	DIVORCIADO
CPF	015.211.063-12	PROFISSÃO	MILITAR
ENDEREÇO	Rua: CIDADE DO RIO BRANCO, 839		
BAIRRO	JOÃO XXIII	CEP	60.525-565
MUNICÍPIO / UF	FORTALEZA - CEARÁ		
FONES	(85) 98529-6730 / (85) 99925-3719		
E-MAIL	MC527310 @ gmail. com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE) 24 de OUTUBRO de 20 19

 outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Lucimar Almeida Ponte,
 Brasileiro(a), Divorciado, Militar, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 2003012008422 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
015.211.063-12, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA - CEARA, estado Ceará, na Rua
R. CIDADE DO RIO BRANCO, Nº 839, JOÃO XXIII,
 declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
 com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 24 de OUTUBRO de 2019

Lucimar Almeida Ponte

Declarante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📱 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Lucimar Almeida Ponte,
brasileiro(a), Divorciado, Militar, portador(a) do
RG nº 2003012008422 SSP, inscrito no CPF sob nº
015.211.063-12, residente e domiciliado no endereço
RUA: CIDADE DO RIO BRANCO, 839 JOÃO XXIII,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 14 de OUTUBRO de 20 19

Lucimar Almeida Ponte
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO

Eu, Euclimar Almeida Ponte,
 Brasileiro(a), Militar, portador da cédula de Identidade Nº
2003012008422 SSP E CPF Nº 015.211.063-12, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA: CIDADE DO RIO BRANCO, 839
BAIRRO: JOÃO XXIII
 na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60.525.565, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
 declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
 DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
 fornecida.

Fortaleza, 24 de OUTUBRO de 2019.

Euclimar Almeida Ponte
 DECLARANTE

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📍 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>EUCLIMAR ALMEIDA PONTE</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>R. CIDADE DO RIO BRANCO, 839</u>		Profissão: <u>Militar</u>
CPF nº: <u>015.211.063-12</u>	RG n: <u>2003012008422</u>	Estado Civil: <u>DIVORCIADO</u>
Bairro: <u>JOÃO XXIII</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60.525.565</u>	Telefone: <u>(85) 98529-6730 / (85) 99925-3717</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

FORTALEZA - CE 24 de OUTUBRO de 2019
X Euclimar Almeida Ponte

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983
 O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
 Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.
 Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.
 Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.
 Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.
 Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.
 Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.
 Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162ª da Independência e 95ª da República.

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85.98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📍 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo

Scanned by CamScanner

DADOS DO CLIENTE

Nome: DEUSDETE F DA PONTE

End. Leitura: RU CIDADE RIO BRANCO, 839, JOAO XXIII

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60525-565

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 032

Quadra: 0014

Lote: 0216

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A09F207210	1672	1689	17	17

DATAS

Leitura Atual: 15/07/2019

Emissão: 15/07/2019

Lacre Água: 170179

Leitura Anterior: 14/06/2019

Próxima Leitura: 14/08/2019

Lacre Esgoto: 170179

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	533	533	533	530	530
Em conformidade	529	525	506	515	530

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 13 m³ | META: 10 m³.

Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	62,86	jul/18	19	15
ESGOTO	42,76	ago/18	15	12
TARIFA DE CONTINGENCIA	41,44	set/18	16	12
		out/18	18	14
		nov/18	18	14
		dez/18	18	14
		jan/19	22	17
		fev/19	19	15
		mar/19	16	12
		abr/19	17	13
		mai/19	16	12
		jun/19	16	12

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,41
COFINS	7,02

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	164,74
VALOR DO SUBSÍDIO	17,68
VALOR TOTAL A PAGAR	147,06

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

07/2019

05/08/2019

147,06

ONDE PAGAR SUA FATURA

I:356615075721527 L:0225 H:07:54:06 R:020 P:001



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1376 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/03/2018 09:17:30**
Data / Hora da Ocorrência: **05/02/2018 05:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE BASTOS , 5300**
Complemento:
Bairro: **COUTO FERNANDES** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE FORTE MOTOS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EUCLIMAR ALMEIDA PONTE**
Nascimento: **05/03/1987** CPF: **015.211.063-12**
CNH: **03921802205** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FATIMA ALMEIDA PNTE**
DEUSDETE FERREIRA DA PONTE
Endereço: **RUA CIDADE RIO BRANCO , 839**
Bairro: **JOAO XXIII**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.525-565**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98890-9794**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMI8920** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0540ER087150** Renavam: **1023874684** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **DEUSDETE FERREIRA DA PONTE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMI-8920-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. JOSE BASTOS E ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO NA FAIXA DO MEIO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO INVADIU A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO EM QUE VINHA A VITIMA NA VIA, E PARA A VITIMA NÃO COLIDIR, TENTOU DESVIAR, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Euclimar Almeida Ponte

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em 26/03/2018 09:46:04



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 1376 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 2 de 2

Impresso em: 26/03/2018 09:46:04



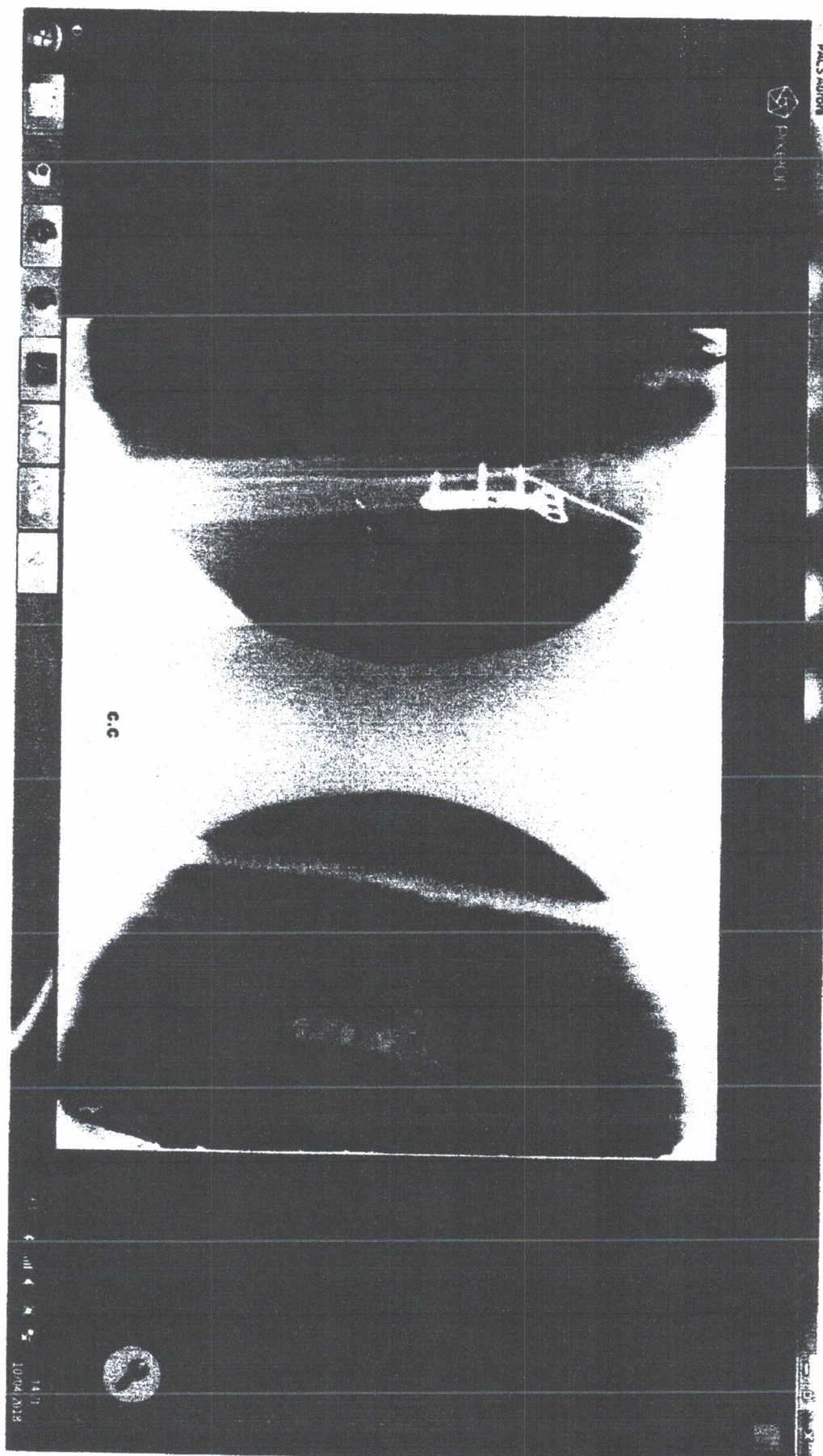
Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

REGEITUÁRIO

[illegible]

João Batista Gomes da Sr
Médico
CRM 5155 CPF: 228.775-923-2

Fortaleza,





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAP FORTALEZA
Nº Pedido: 23752677

Data 15/02/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 13446351 EUCLIMAR ALMEIDA PONTE
Nascimento...: 05/03/1987 Sexo: M RG: 2003012008422 SSPDC CE CPF: 01521106312
Endereço...: R CIDADE RIO BRANCO 839 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 605101 Tel: 988909794
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 81108001554007021
Solicitante: Dr(a) EDUARDO GUEDES VIDA

Queixa Principal:
INTERNACAO

Exame:
RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - ESQUERDO

!Sc1'B"

4864140431

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em rádio distal com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

14/03/2018 08:21

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Dt. Nasc.: 05/03/1987

Atendimento: 48471558

Prontuário: 13446351

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): MARCUS VENICIUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE CRM-13010 [1] Nº: 18982955 05/02/2018 às 07:12

ANAMNESE

Queixa Principal

PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 1h, COM ESCORIAÇÕES DIFUSAS
 NEGA CEFALÉIAS, VÔMITOS, SONOLÊNCIA, AMNÉSIA LACUNAR, TONTURA, SINAIS DE LOCALIZAÇÃO
 NEGA DOR ABDOMINAL, DISPNEIA
 USAVA CAPACETE

[1]

AO EXAME:

A: VIAS AÉREAS LIVRES, SEM COLAR
 B: TÓRAX SIMÉTRICO, MV+ S/RA, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO
 C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM PULSOS DISTAIS PALPÁVEIS
 D: GCS: 15, PIFR, OTE
 E: ABDOME INDOLOR, SEM DEFESA ABDOMINAL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL / Pelve estável / ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII

COND: AGUARDO RADIOGRAFIAS JÁ SOLICITADAS

Queixa Principal

CID10

Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

Marcus Recamonde
 Cirurgião Geral
 CRM-13010



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

14/03/2018 08:21

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE Dt. Nasc.: 05/03/1987 Atendimento: 48471558 Prontuário: 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, ENFERMEIRO(A), COREN 997252 [1] Nº: 19001212 05/02/2018 às 14:26

SINAIS E SINTOMAS

Sinal e Sintomas / Orientações De Enfermagem procedimento realizado com sucesso [1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE SUTURA SIMPLES JUSTIFICADO AS 14:02, EM 05/02/2018 RESP. ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, COREN/CE 997252. MOTIVO: OK [1]
CURATIVO EXTRA GRANDE JUSTIFICADO AS 14:02, EM 05/02/2018 RESP. ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, COREN/CE 997252. MOTIVO: OK
CURATIVO COM SULFADIAZINA JUSTIFICADO AS 14:02, EM 05/02/2018 RESP. ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, COREN/CE 997252. MOTIVO: OKL
CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA JUSTIFICADO AS 14:02, EM 05/02/2018 RESP. ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, COREN/CE 997252. MOTIVO: OK

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

14/03/2018 08:21

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	Dt. Nasc.: 05/03/1987	Atendimento: 48471558	Prontuário: 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/4	
Profissional(is): MARCUS VENÍCIUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE CRM.13010 [1]		Nº: 18982955	05/02/2018 às 07:12
ANAMNESE			
Queixa Principal	PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 1h, COM ESCORIAÇÕES DIFUSAS NEGA CEFALÉIAS, VÔMITOS, SONOLÊNCIA, AMNÉSIA LACUNAR, TONTURA, SINAIS DE LOCALIZAÇÃO NEGA DOR ABDOMINAL, DISPNEIA USAVA CAPACETE AO EXAME: A: VIAS AÉREAS LIVRES, SEM COLAR B: TÓRAX SIMÉTRICO, MV+ S/R, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM PULSOS DISTAIS PALPÁVEIS D: GCS: 15, PIFR, OTE E: ABDOME INDOLÓR, SEM DEFESA ABDOMINAL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL / Pelve estável / ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII COND: AGUARDO RADIOGRAFIAS JÁ SOLICITADAS		
Queixa Principal			
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS [1]		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação [1]		

M. Marcus Recamonde
Cirurgião Geral
CRM-EC 13010


**ANTONIO
PRUDENTE**
DADOS PESSOAIS
**Atendimento
48471558**
!SRZJ
ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL
14/03/2018 08:23:03

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13448351	EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	M	05/03/1987	31
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2003012008422 SSPDC CE	1521106312		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CIDADE RIO BRANCO,839 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510164				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988909794				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
81108001554007013		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
05/02/2018	07:05		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1960350 MARCUS VENICIUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO
R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
48641404

!Sc1
OK

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

15/02/2018 07:28:57

Registro	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13446351	EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	M	05/03/1987	30
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
0003012008422 SSPDC CE	1521106312		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CIDADE RIO BRANCO 839 HENRIQUE JORGE FORTALEZA-CE CEP:60610164				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988909794		MARIA DE FATIMA ALMEIDA PONTE		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
16800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
5/02/18	05:38		
Médico Atendente			Clinica
8849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
8849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			0 INTERNAÇÃO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
22-HAPVIDA MATRIZ	SERVAL SERVICOS E LIMPEZA LTDA
Carteira	Validade
311 01664007021	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	03
V. Guia	Procedimento	Senha
5645728	99996668	C60854869
5645728	30732026	C60854869
5645728	30721237	C60854816
5645728	30721199	C60854856
Descrição		
INTERNACAO		
ENXERTO OSSEO		
REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO		
FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO		



FICHA DE REGISTRO INTERMEDIÁRIO

DADOS PESSOAIS

48641404

ISC1 OK 5/12

15/02/2018 07:28:57

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13446351	EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	M	05/03/1987	30
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
003012008422 SSPDC CE	1521108312		2-SOLTEIRO	
Endereço				
RUA CIDADE RIO BRANCO 839 HENRIQUE JORGE FORTALEZA-CE CEP:60510164				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988909794		MARIA DE FATIMA ALMEIDA PONTE		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

16800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
6/02/18	05:38		
Médico Atendente			Clinica
8849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
8849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			0 INTERNACAO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	SERVAL SERVICOS E LIMPEZA LTDA
12-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
111 - 01554007021		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	03
V. Guia	Procedimento	Senha
5645728	99996666	C60854869
5645728	30732026	C60854869
5645728	30721237	C60854815
5645728	30721199	C60854856
		Descrição
		INTERNACAO
		ENXERTO OSSEO
		REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
		FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO

HISTÓRI - MARIA SILVANA LIMA DE ALMEIDA



NOTA DE SALA

438776

Atendimento:	48641404	Prontuário:	13446351	EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	HAPVIDA MATRU
Cirurgia(s):	30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	Tipo Anestesia:		BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACAO
	30732026	ENXERTO OSSEO	30721199	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 04	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	1005
Equipe Médica:	CIRURGIAO	48849251	EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS	CRM	11104
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	3070476	CLOVIS HENRIQUE MAURIZ RAMOS	CRM	15516
	ANESTESISTA	1958607	CAMILA DA SILVA MARQUES	CRM	13659
	CIRCULANTE	3279510	MARIA NATALIA DA SILVA ROCHA	COREN	737383

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	3	40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	139823	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
134865	AGULHA STIMUPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	48674	RUXOL BISN 30 GR	2
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	70	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	5
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	81537	NAROPIN 5P 10MG FRAP 20 ML	2
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	50	59809	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	3	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML	2
119250	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 20CM) ROLO 1 UD	1	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
27936	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	1	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	2			
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	1			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1			
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150	Gases/Aparelhos		
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOLICA FRAS 1000 ML	150	19	TAXA DE SALA	Início: 11:20 Fim: 13:00
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200	20	OXIGENIO	Início: 11:20 Fim: 13:00
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/S UD - 1 UD	3	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 11:20 Fim: 13:00
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 11:20 Fim: 13:00
134084	EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100			
31771	ETER FRAS 1000 ML	50			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
25763	FAIXA DE SMARCH 15 CM ROLO 1 UD	2			
25925	FIO ALGODAO SEM AGULHA SUTUPAK 3-0 - 1 UD	1			
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	1			
161606	FIO Q & J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1			
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
166569	FIO Q-PG138X VICRYL 3-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	6			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	2			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	2			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	100			
37209	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3,5MM - 1 UD	3			
130923	PLACA DESCARTAVEL BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
140245	PLACA EM T 4,5MM CIPARAFUSOS - 1 UD	1			
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
30953	SONDA ASP TRAQUEAL 10 - 1 UD	1			
30961	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Data: 15/02/2018

Cirurgião: EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

Anestesiologista: CAMILA DA SILVA MARQUES

Pág. 1 de 1



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2018 12:38

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Dt. Nasc.: 05/03/1967

Atendimento: 48641404

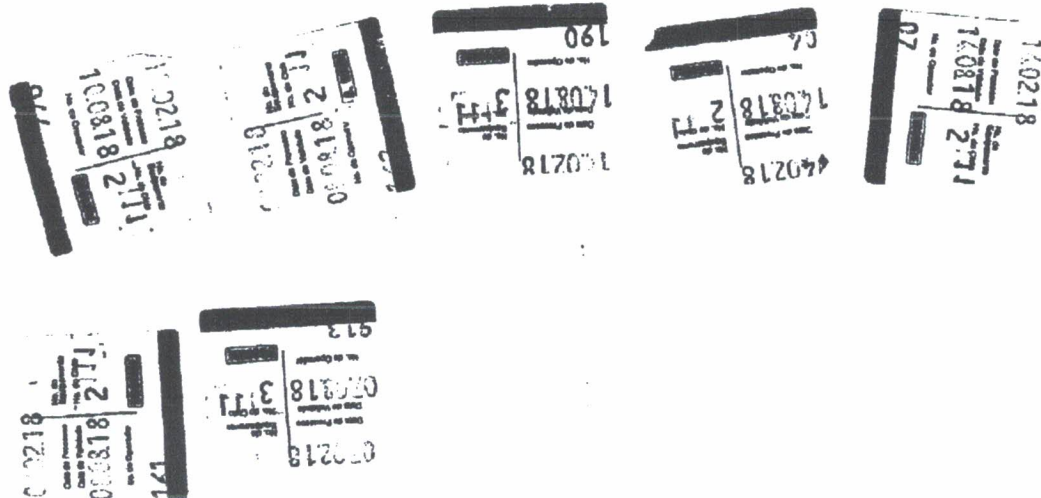
Prontuário: 13446351

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

FC	78 bpm	(1)
OUTROS DADOS DE VIDA		
Sat O2	93 %	(1)
DATA/HORA DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO		
Data	15/02/2018	(1)
Hora	12:27	(1)
OBSERVAÇÕES INTERCORRÊNCIAS		
Observação	paciente admitido no cc, consciente, orientado, verbalizando, para se submeter a ato cirurgico de frst. de punho esquerdo, com pulseira de identificação em msd, sob sedação + bloqueio de plexo s1 intercorrências, paciente enc. para rpa. realizado rx em sala.	(1)
Intercorrências	nenhuma	(1)
Eletrodos	tórax	(1)
Incisão Cirúrgica	punho esquerdo	(1)
Placa De Bisturi	coxa direita	(1)
Punções Venosas	msd	(1)
PÓS-OPERATÓRIO		



ANTONIO
PRUDENTE

BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2018 12:52

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	DT. Nasc.: 05/03/1987	Atendimento: 48641404	Prontuário: 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	
Profissional(is): EDUARDO SIEG...		Nº: 19328067	15/02/2018 às 12:45
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S525		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S525		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	15/02/2018		[1]
Hora Da Cirurgia	12:46		[1]
Cirurgia	TTO CIRURGICO DE FX DO RADIO DISTAL		[1]
Cirurgião	DR EDUARDO		[1]
1º Auxiliar	DR CLOVIS		[1]
Anestesiata	DRA CAMILA		[1]
Descrição Cirúrgica	PCTE DDH ANESTESIADO ASSEPSIA+ANTISSEPSIA+CAMPUS ISQUEMIA COM FAIXA ACESSO VOLAR POR PLANOS REDUÇÃO ABERTA FIXAÇÃO COM PLACA PARAFUSOS E FIOS DE K REPARO ENXERTO SUTURA POR PLANOS CURATIVO TALA		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30732026 30721237 30721199		[1]

Dr. Eduardo Sieg
Ortopedia e Traumatologia
15/02/2018



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

15/02/2018 12:58

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 05/03/1987

Atendimento: 48641404

Prontuário: 13446351

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): EDUARDO GONÇALVES DE ALMEIDA JUNIOR Nº: 19328863 15/02/2018 às 12:59

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRURGICO DE FX DO RADIO DISTAL,
DEVE FAZER USO DE TALA ATE O RETORNO.

[1]

Dr. Eduardo Gonçalves
Eduardo Gonçalves
CRM: 28.1104



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2018 12:56

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE Dt. Nasc.: 05/03/1987 Atendimento: 48641404 Prontuário: 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/3

Profissional(is): EDUARDO FERREIRA DE SOUZA Nº: 19328620 15/02/2018 às 12:57

REGISTROS MÉDICOS DIÁRIOS

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRURGICO DE FX DO RADIO DISTAL,
SEM INTERCORRENCIAS CIRURGICAS.
CD: ALTA A SR

[1]



PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Dt. Nasc.: 05/03/1987

Atendimento: 48641404

Prontuário: 13446351

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is):

Nº: 19327916 15/02/2018 às 12:42

IDENTIFICAÇÃO

Nome

EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Sexo

Masculino.

[1]

Idade

30 A 11 M

[1]

Data De Nascimento

05/03/1987

[1]

Nº Atendimento

48641404

[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS DISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal

OSTEOSSINTESE DE FX DE RADIO DISTAL

[1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias

2 Dias

[1]

[Handwritten signature and stamp]

PREScrição Médica									
Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE		Dt. Nasc.: 05/03/1987		Atendimento: 48641404		Prontuário: 13446351		Emissão: 15/02/2018 12:55:23	
Convenio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 15940426		15/02/2018 às 12:54				1005-B	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR		Leito: 133410/3		Peso: 70.00 kg					
1 DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE. 3/3h - ORAL									
2 Hidratação Venosa Fasc. Única		Vol. Total: 500 ml		7.00 gts/min		Acesso Periférico			
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		20.83 ml/Kcal/dia		500 ml					
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)		1 g		1 FRAP(C/1GR)		8/8h EV		21 05	
(D1/2) Água Destilada		10 ml							
4. PROFENID IV (100.00mg)		100 mg		1 FRAP(C/100MG)		8/8h EV		21 05	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml							
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg		2 ML (AMPL C/500MG/6h)		EV		21 05	
Água Destilada		18 ml							
6. TRAMAL (50.00mg/ml)		100 mg		2 ML (AMPL C/100MG/8h)		EV		21 05	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml							
7. PLAMET (5.00mg/ml)		10 mg		2 ML (AMPL C/10MG/8h)		EV		21 05	
Água Destilada		18 ml							
8 SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO SN									
9 CURATIVO MÉDIO SF+GAZE ACOCHOADA SN									
10 PUNÇÃO C/ JELCO SN									
11 SINAIS VITAIS									
12 GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS									
13 RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC SN									
14 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA									
15 COMPRESSÃO COM ÉTER SN									

RP1541

EDUARDO GUEDES VIDAIS/05/02/2018 12:53

Dr. Eduardo Guedes
 192.85/07
 05/02/2018



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2018 12:22

Paciente:	EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	Dt. Nasc.:	05/03/1987	Atendimento:	48641404	Prontuário:	13446351
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/3		
Profissional(is):	VAP - HAPVIDA MATRIZ - CENTRO CIRURGICO - HAPFOR			Nº:	19326940	15/02/2018	às 12:22

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	15/02/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	11:20	[1]
Cirurgia	lto cirurgico de fr. de punho	[1]
Equipe Cirúrgica	dr. eduardo guedes \ dra. camila \ osvaldina (part.) \ yuri (ortogênese) \ natália \ adriety pl valéria	[1]
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 Sanguínea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	não.	[1]
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Util	não.	[1]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Membros da Equipe Cirúrgica	não.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	esquerda.	[1]
Paciente Certo	sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[1]
ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	sim.	[1]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim. kefazol (2g) às 11:20	[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]

Dr. Eduardo Guedes
 19326940 - 15/02/2018
 CRM CE 11104



FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

16/02/2018 07:48

Paciente: EUCLINAR ALMEIDA PONTE	Dt. Nasc.: 05/03/1987	Atendimento: 48641404	Prontuário: 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1A	Leito: 1005/2	

Profissional(is): RAFAEL REZENDE NOGUEIRA MEDICINA FAMILIAR	Nº: 19357116	16/02/2018	às 07:49
---	--------------	------------	----------

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PÓS OP DE FRATURA D EPUNHO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

[1]

Dr. Rafael Rezende Nogueira
Médico Especialista
Medicina Familiar

33389

ANTONIO
PRUDENTE**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **EUCLIMAR ALMEIDA PONTE** às 08:11 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 (QUINZE)** dias,
a partir de **05/02/2018**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M255

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO

CRM 13038

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BELIF28J5E6K0

Solicitacao da Senha : 05/02/2018 07:03:10

R31002

PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO

05/02/2018 08:05

192.85.4.101

 ANTONIO PRUDENTE	HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001 60055-540 FORTALEZA - CE
---	---

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **EUCLIMAR ALMEIDA PONTE** às 14:30 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **30 (TRINTA)** dias,
a partir de **19/03/2018** , tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S525

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

CRM 11104



Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : **BFEOT38J5S6K0**
Solicitacao da Senha : 19/03/2018 12:40:48

R3002

EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

19/03/2018 14:50

192.85 4 101



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **EUCLIMAR ALMEIDA PONTE** às 12:57 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **30 (SESSENTA)** dias
a partir de **15/02/2018**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S525

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

CRM 11104

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BMFMP28J5S6K0

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12844512

A/C: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Nº Sinistro: 3180189106
Vitima: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE
Data do Acidente: 05/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GLEICIANA CAVALCANTE DE ASSIS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001234-3

Conta: 000000059550-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

