

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA, brasileiro, solteiro, assistente de logística, portador do RG 002587.564, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 088.334.904-32, residente e domiciliado no Rua Francisca Moraes da Silva, Nº 52, Santo Antônio, CEP: 59621-490, Mossoró/RN. Tel. (084)-98707-3319.

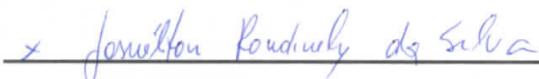
OUTORGADO: Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, Dr. URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

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 iudicia et extra*, para o foro em geral, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, 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.

Mossoró-RN, 18 /06 /19.



OUTORGANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro

(84) 9.9482-4082

Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural

(84) 9.9980-4244

Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasilia

(84) 9.8773-3770

abelmaiaadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:26

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809261000000049992174>

Número do documento: 1912121809261000000049992174

Num. 51810885 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, JOSUELITON RONDINELY DA SILVA, brasileiro, solteiro, assistente de logística, portador do RG 002587.564, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 088.334.904-32, residente e domiciliado no Rua Francisca Morais da Silva, Nº 52, Santo Antônio, CEP: 59621-490, Mossoró/RN. Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 – Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

Por verdade, firmo o presente.

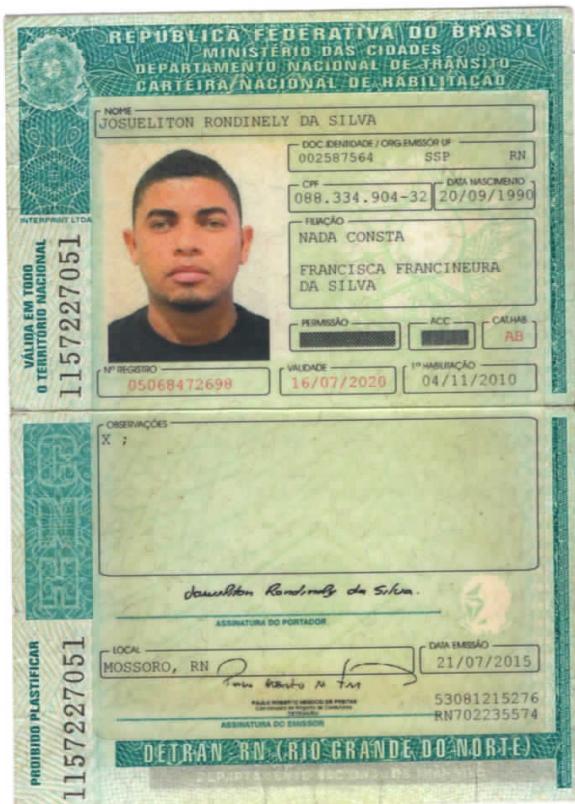
Mossoró-RN, 18 / 06 / 19.

Josueliton Rondinely da Silva
DECLARANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro
Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural
Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082
(84) 9.9980-4244
(84) 9.8773-3770
abelmaiaadv@gmail.com



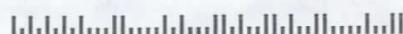


Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:26
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092661600000049992175>
Número do documento: 19121218092661600000049992175

Num. 51810886 - Pág. 1

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL10

DATA DE POSTAGEM: 29/05/2019

JOSUELITON RONDINELY SILVA
FRANCISCA MORAIS DA SILVA 52
SANTO ANTONIO
59621-490 MOSSORÓ RN



7211307021390075426160824630290519



72428661

ZIP13 53621-930 00062



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:26
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092661600000049992175>
Número do documento: 19121218092661600000049992175

Num. 51810886 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012095/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/04/2019 15:50 Data/Hora Fim: 30/04/2019 15:52
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 11/03/2019 00:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Avenida Rio Branco

Bairro: Centro
Nº: sn

Ponto de Referência: Próximo à praça da criança
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 20/09/1990

Profissão: Assistente de Logística

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francisca Francineura da Silva

Nome do Pai: Não Declarado

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 088.334.904-32

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: Rua Francisca Morais da Silva

Bairro: Santo Antônio

Telefone: (84) 98707-3319 (Celular)

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Confira em <https://selodigital.tjrn.jus.br> Selo Digital RN2019009919300033238RN
Mossoró/RN, 18/06/2019
EMOL R\$ 2,90, ISSQN: R\$ 0,14, TOTAL R\$ 2,97.
Maria Lucimara Fontes Silva Azevedo TABELIA
Maria Lucimara Fontes SUBSTITUTO
Denis Fontes de Melo Sousa SUBSTITUTO
Isaias Prata de M. Junior SUBSTITUTO
Douglas Fontes de Melo SUBSTITUTO

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	254.584.854-91	Placa	NUY0396
Renavam	00254605940	Número do Motor	JC41E1A714894
Número do Chassi	9C2JC4110AR714894	Ano/Modelo Fabricação	2010/2010
Cor	VERMELHA	UF Veículo	Rio Grande do Norte
Município Veículo	Mossoró	Marca/Modelo	HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo	HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado?	Não



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Sérgio Gladson Dantas de Moraes
Data de Impressão: 30/04/2019 15:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092705300000049992176>
Número do documento: 19121218092705300000049992176

Num. 51810887 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012095/2019-A01

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 04/08/2012

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Josueliton Rondinelly da Silva

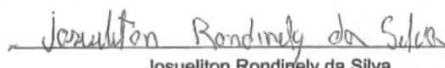
Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O declarante informa que deseja o BO para fins exclusivos de seguro obrigatório - DPVAT e declara que na data, hora e local acima trafegava pela via conduzindo uma motocicleta da sua genitora, já descrita, quando um automóvel cruzou bruscamente a via, não lhe dando chances de frear, vindo a colidir com o mesmo; Que devido a colisão sofreu um trauma em seu braço direito (punho); Que foi socorrido por populares e encaminhado inicialmente para a UPA - Conchecita Clarilini (nº 633424) e posteriormente para o hospital regional Tarcísio Maia como consta no prontuário médico de nº 42564/2019 datado de 11/03/2019 às 01:12:23. Nada mais disse nem lhe foi perguntado.

ASSINATURAS


Sérgio Glaydson Dantas de Moraes
Responsável pelo Atendimento
MAT. 304.397-8


Josueliton Rondinelly da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi exibido. Confira em:
<https://selodigital.tjrn.jus.br> Selo Digital:
RN201900941930003322 FED 2018.
Mossoro/RN, 18/06/2019
EMOL: R\$ 2,83 ISSQN: R\$ 0,14 TOTAL: R\$ 2,97

Mario Lucimara Fontes Silya Azevedo TABELIA
 Maria Lucimara Fontes SUBSTITUTA
 Denis Fontes de Melo Sousa SUBSTITUTO
 Isaias Prata de M. Júnior SUBSTITUTO
 Douglas Fontes de Melo SUBSTITUTO

Mossoró
Cartório Quarto Ofício de Notas
Rua Jovino Mossoro, 74 Centro Mossoró-RN
Fone: (84) 3321-16510
Dez. 1984-18/06/2019 15:52

pequeno

Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Mossoró Secretaria Municipal da Saúde		 SUS Sistema Único de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA		
Unidade		UPA CONCHECITA CIARLINI

Urgente e Claro

04/12

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 387548		Atendimento Nº: 633424
Nome: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA		Idade: 20/09/1990 (28a 5m)
Cartão SUS: 704800091771641	Nome da Mãe: FRANCISCA FRANCINEURA DA SILVA	Sexo: Masculino
Endereço (Rua/Av.): R. FRANCISCA MORAIS DA SILVA		Profissão: ATENDENTE DE TELEMARKETING
Bairro: SANTO ANTONIO	Cidade: 59621-490 MOSSORÓ - RN	Complemento: 62
Clínica:	Estado:	Telefone:
CLINICA MEDICA	CPF do paciente: 088.334.904-32	Data: 11/03/2019 Hora: 10:50
PRONTO-ATENDIMENTO		Rubrica Servidor: VELUZIA
Assinatura do Paciente:		

ACOLHIMENTO:	(<input type="checkbox"/>) Emergência (<input type="checkbox"/>) Urgência (<input type="checkbox"/>) Não Urgência (<input type="checkbox"/>) Acidente de Trabalho (<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito
Acolhimento com classificação de risco:	
Queixa:	
Antecedentes Alérgicos:	
HAS (<input type="checkbox"/>) DM: (<input type="checkbox"/>)	Assinatura:
Classificação:	

ANAMNESE:					
_____ _____ _____ _____ _____ _____					

EXAME FÍSICO:	Peso: _____	Temperatura: _____	FC: _____	PA: _____	FR: _____	Glasgow: _____
	SpO2: _____	HGT: _____				

Ponto D: alteração da morfologia (luxação do ponto), dor intensa à movimentação.					
_____ _____ _____ _____					

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
(<input type="checkbox"/>) Ultrassonografia (<input type="checkbox"/>) Radiológico (<input type="checkbox"/>) ECG (<input type="checkbox"/>) Outros					

Hipótese do Diagnóstico			CID:
Conduta: (<input type="checkbox"/>) Medicção (<input type="checkbox"/>) Observação (<input type="checkbox"/>) Laudo para AIH			Médico: (Carimbo e Assinatura)
Saída: Data/Hora: _____ / _____ / _____ às _____ : _____ h. (<input type="checkbox"/>) Alta referido para UBS (<input type="checkbox"/>) Óbito			
(<input type="checkbox"/>) Outra Unid. Urgência (<input type="checkbox"/>) Especialidade			
(<input type="checkbox"/>) Internação no Hospital			



- Encaminhe ao MRTM.

Sâmara Pinto
MÉDICA
CRM-RN 9925

SRA - Cenchochita Clarissa
Confere com a original
Mossoró - RN 12/12/2019
M. Maia
SAME - Arquivo





SESP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° **42564 /2019**
Admissão: 11/03/2019 01:12:23

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente:35398 - JOSUELITON RONDINELY DA SILVA (28 a 6 m 19 d) Nascimento: 20/09/1990 Natural: MOSSORÓ-BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 704800091771641 CPF: 08833490432 Prof:
Mãe: FRANCISCA FRANCINEURA DA SILVA Pai: NADA CONSTA
Logradouro: FRANCISCA MORAIS DA SILVA, 52
CEP: 59621490 Bairro: SANTO ANTONIO Cidade: MOSSORÓ
Telefone: 84.87073319 Compl: DADOS CORRIGIDOS

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** NÃO REGULADO
Origem: FAMILIA ***Empresa:**

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: paciente com trauma severo em MSD

Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 09/04/2019
B1MS
SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)
 CID Proc. Data: / /19 Hr: : Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 09 de Abril de 2019. (Assinar e Carimbar)



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pjefg.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092747900000049992177>
Número do documento: 19121218092747900000049992177

Num. 51810888 - Pág. 3



SEMAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 42564 /2019

Admissão: 11/03/2019 01:12:23

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente:35398 - JOSUELITON RONDINELY DA SILVA (28 a 5 m 21 d.)

Nascimento: 20/09/1990 Natural: MOSSORO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 08833490432 Prof:
Mãe: FRAQNCSICA FRANCINEUDA DA SILVA Pai:
Logradouro: FRANCISCA MORAIS DASILVA, 52
CEP: 59607100 Bairro: AEROPORTO Cidade: MOSSORO
Telefone: 84.87073319 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: FAMILIA **Empresa:** NÃO REGULADO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: paciente com trauma severo em MSD
Hora: 04 : 26

1100

- A - VACU VÄLJANIS SÖÖVITAB SÖÖV VÄLJALIKU
 - B - MU + BÜDKERÄNTU, SÖÖV RA.
 - C - TÄITLUS, TÄITLUSKÄRIMISEST.
 - D - RCC JS, SÖÖVITAB VÄLJALIKU
 - E - DÖÖV + VÄLJALIKU, SÖÖV VÄLJALIKU, VÄLJALIKU VÄLJALIKU.
 - F - SÖÖVITAB VÄLJALIKU, SÖÖV VÄLJALIKU
 - G - SÖÖVITAB VÄLJALIKU, SÖÖV VÄLJALIKU

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) Voltaren 75 mg - 01 compr 3 em 10 dias	Dr. Valdemir da S. Faria Cirurgia Geral e Oncologia CPF: 023.070.574-88 CRM RN: 5214 ORF 100		02:204	
2) Cetona 100 mg/2ml + SF 0,9% - 100ml	Dr. Valdemir da S. Faria Cirurgia Geral e Oncologia CPF: 023.070.574-88 CRM RN: 5214		02:204	
<p>HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 09/09/2019</p> <p>BLIND</p> <p>SAME / ARQUIVO</p>				

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)
CID _____ Proc. _____ Data: _____ / _____ / _____ Hr: _____ M: _____

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS | Impresso em 11 de Março de 2016

Correio via SX por FRANCISCA VALÉRIA DE MEDEIROS. Impresso em 11 de Março de 2019.

(Assihar e Carimbá)



ORTOPEDIA # 02:30
fratura 113 distal de punho ①.
cd. Reduzida e manutenida.
Tela axilar pol. mor.
ao caro cir. oft. C.
Dr. Nayara G. Souza
Ortopediatra e Traumatologista
CRM-RN 1126

HOSPITAL REGIONAL TARCISO
ESTÁ CONFORME O ORIGINA
ME MOSSORÓ 09/10/2019
BIM
SAME / ARQUIVO



卷之三

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOrais**

Atendimento
53172587

A standard linear barcode is located in the top right corner of the page.

ESTE PEG	É DE PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL			10/04/2019 08:02:19
Pronto	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13344	JOSEULTON RONDINELLY DA SILVA	M	20/09/1990	28
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	8833490432			2-SOLTEIRO
Ender.				
R FRAN	DRAIS DA SILVA,62 - SANTO ANTONIO, MOSSORO(RN) CEP 59621490			
Telefone	Endereço	Telefone Trabalho		

DADOS DO CONVENIO

Conv. 255 H/ 025160 025160 REDEMAQUINAS COMER. E SERV. DE MAQUINAS
Carteira 02KK40 Valida de 01/01/2010 a 31/12/2010 8º PIANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO

DADOS DO ATENDIMENTO

CABINET MEDICAL MEDICINE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRAVISION LTDA - HRF

11/03/2019 03:18

Paciente:	BRUNA RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.:	20/09/1990	Atendimento:	57472580	Prontuário:	13344693
Convênio:	ISAIA MOSSORÓ	Posto:		Leito:	/		
Profissão:	EXCE TRADIK MEDTIROS LIM. CRM 5997 [1]			Nº:	35150176	11/03/2019	as 03:14

ANAM

Quem:	...pat	POSSIVEL FRATURA EM MSD FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO	[1]
Quem:	...pat		
Diagn:	Articul	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10:		S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO	[1]
Alerg:		Não	[1]
Doen:	2.0.1.0.0	Não	[1]
Além:	ca. Endocrinológicos Familiar	Não	[1]
		99	[1]
DIAGNO:			
CID10:		S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO	[1]
CID10:		S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO	[1]
CLASSIF:	1.0 DO PACIENTE		



SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Página 1 de 1

11/03/2019 03:18

Paciente: JOSUELLTON RONDINELY DA SILVA Dt. Nasc.: 20/09/1990 Atendimento: 57472580

P. C. A.: 13244693 Convênio: HCPVIDA MOSSORÓ

Nome do profissional solicitante: DIXON FRADIC MIEDEIROS LIMA

Data: 11/03/2019 03:18

Solicitação de Parecer/Justificativa

Assunto: A DIXACAO DO PUNHO DIREITO

Solicitação de Parecer/Justificativa

Este documento não é válido para fins judiciais. - PMA 0265427847 - 07/03/2019

Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>
Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 8

PARECER DO ESPECIALISTA

Página 1 de 1

ULTRASOM	AV MED LTDA - HRF	10/04/2019 07:31		
Paciente	TRITON RONDINELLY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57472580	Prontuário: 13344693
Convênio	ADA MOSSORÓ	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 310211/1	
Profissional	JOÃO FIRMINO DA SILVA NETO CRM 2517 [1]	Nº: 35152384	11/03/2019 às 06:29	
DADOS:	CCER	PARECER ORTOPÉDICO [1]		
Pronto-Serviço:	DOR E DEFORMIDADE NO ANTEBRAÇO DIREITO TRAUMA EM ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM COLISÃO COM CARRO EVOLUÇÃO 6 HORAS ATENDIDO INICIALMENTE NO HRTM E RETIROU-SE SEM LIBERAÇÃO MÉDICA			
Exame Físico:	EXAME FÍSICO VIGIL, CONSCIENTE, DEAMBULANDO - ANTEBRAÇO DIREITO I = DEFORMIDADE ANGULAR E ROTACIONAL NO 1/3 DISTAL. COM TALA GESSADA AXILO-PALMAR P = DOR LOCAL M = LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS E DOR			
Exames:	EXAMES - RADIOGRAFIAS: LESÃO DO RÁDIO E URNA. DESVIO VOLAR DOS FRAGMENTOS COM LESÃO ARTICULAR DO RÁDIO			
Diagnóstico:	DIAGNÓSTICO - FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO			
Conduta:	CONDUTA: INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM CARATER DE URGÊNCIA MANTER A IMOBILIZAÇÃO GESSADA SOLICITO AO DIRETOR TÉCNICO DESTE HOSPITAL QUE SEJA ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO			
JOÃO FIRMINO DA SILVA NETO CREMERN Nº 2.517				



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SISTEMAS AV MED LTDA - HRF 11/03/2019 07:46

Paciente:	CELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.:	20/09/1990	Atendimento:	57472580	Prontuário:	13344693
Convênio:	AMIDA MOSSORÓ	Posto:		Leito:	/		
Profissional:	ALLYSON KLEBER BESSA FILGUEIRA CRM 9350 [1]			Nº:	35154074	11/03/2019	às 07:45

ANAMNÉSIS		
Quem:	Principal	POSSIVEL FRATURA EM MSD FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO [1]
Quem:	Principal	
Diagnóstico:	Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]
CID10:		S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO [1]
Alergias:		Não [1]
Medicamentos:	Em Uso	Não [1]
Antecedentes Patológicos Familiar:		Não [1]
DIAGNÓSTICO		
CID10:		S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO [1]
CID10:		S523 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO [1]
CLASSIF.:	DO PACIENTE	
PLANEJ.:	TERAPÉUTICO	
Alta:	Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação [1]

DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ALLYSON KLEBER BESSA FILGUEIRA CRM 9350 [1] às 16:15h R.F. de 11/03/2019



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>
 Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 10

PROFILO
FERNADES

PREScrição MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 11/03/2019 07:46

Paciente: JOSUHON RONDIMLY DA SILVA

Dr. Nasc.: 2009/1990

Atendimento: 57472380

Sexo:

M

Idade:

00

Sexo:

M

Idade:

00

1. PROTEIN (500mg/ml)

100mg

2ml

(AKAP1 C: 100MS)

Agosto

M

2. PROTEIN (500mg/ml)

100mg

2ml

(AKAP1 C: 100MS)

Agosto

M

Profissionais: CRM-9350

ALLYSON KLEBER BESSA FILGUERA

Profissionais: CRM-9350

ALLYSON KLEBER BESSA FILGUERA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRAS:	RV MFD LTDA - HRF	11/03/2019 07:54
Paciente:	HELETON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990
Convenio:	VIDA MOSSORÓ	Atendimento: 57472580
Profissão:	ROSINEIDE MARIA DA SILVA ROCHA COREN 790001 [1]	Prontuário: 13344693
Posto:	POSTO EMERGENCIA	Leito: 310211/1
Nº:	35154410	11/03/2019 às 07:53

SINAIS:	...AS	
Adm:	o medicamento conforme prescrição e sob cuidados de enfermagem	Sim [1]
CUIDADO:	INFERMACEM	
ADM:	ACÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUP:	PROFENID IM AMPL 100MG IM PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:53, EM 11/03/2019 POR ROSINEIDE MARIA DA SILVA ROCHA, COREN/RN 790001. [1]
		DIPIRONA AMP AMPL 1000MG IM PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:53, EM 11/03/2019 POR ROSINEIDE MARIA DA SILVA ROCHA, COREN/RN 790001.
AVALIA:	RISCO	
Heim:	Puerperal	[1]
Levam:	Pressão Adulto (Braden)	[1]
Levam:	Pressão Pediátrico (Braden Q)	[1]
Quedam:	Quedam (Morse)	[1]
Quedam:	Quedam (Rumpty-Dumpty)	[1]
Flexam:		[1]
Trom:	Tromismo Venoso Clínico	[1]



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

	100,0mg	24h	AVANTAG 500,0mg	Agora	IM	4746
1. PROFENID IM (50,00mg/ml)	100,0mg	24h	(AVANTAG 500,0mg)	Agora	IM	0248

Resposta: Não

ENTEROFIX

Ass.

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



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) JOSUELITON RONDINELY DA SILVA às 12:45 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dias, a partir de 15/03/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S525

Código da Doença

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

Local e Data

Assinatura do Médico

EDILMAR FERREIRA LESSA

CRM 7399

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BDTMP39U4F1K0

R3002

EDILMAR FERREIRA LESSA

15/03/2019 12:45

192.85.4.101



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>
Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092747900000049992177>
Número do documento: 19121218092747900000049992177

Num. 51810888 - Pág. 17

卷之三

HICHLAND MOUNTAIN, 10 MILES WEST

Adendamento

1886-1887-1888

52500910

卷之三

16. PENDENTE: NÃO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

18/03/2019 08:31:58

Protocolo	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13344633	JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	M	20/09/1990	28
G	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	SOLTEIRO
	8833490432			

Inderecc

FRANCISCA MORAIS DA SILVA 52 SANTO ANTONIO MOSSORÓ-RN CEP:59621490

Telefone Residencial 557073319	Telefone Trabalho	Nome da Mãe FRANCISCA FRANCINEURA DA SILVA
-----------------------------------	-------------------	---

DADOS DO ATENDIMENTO

210

6300-RECEPCAO EMG ADULTO

Ata	Hora	Matricula	Tip. Documento
173102319	03:48		
Medico Atendente			Clinica
17310 JOAO FIRMINO DA SILVA NETO			4-CIRURGICA
Medico Acompanhante			Tipo Atendimento
17310 JOAO FIRMINO DA SILVA NETO			0 INTERNACAO

Aferição médica

46/193

DADOS DO CONVENIO

onvenio Plano REDEMAGUINAS COMER. E SERV. DE MACUINAS
2-HARVIDA MATERIZ 14-ROSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO
arreira Valuada
2KK4500120006011

DADOS DA INTERNAÇÃO

Costo	Acronodação	Leito	
Guia	Procedimento	Senha	Descrição
101720	99999666	D02516121	INTERNACAO
101720	30732026	D02516731	ENXERTO OSSEO
101720	30721199	D02516729	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material : 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 4
			Material : 99600466 - PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM - QTDE: 7
			Material : 99832715 - PLACA LMT 3,5mm inclui PARAFUSOS - QTDE: 1
101720	30721237	D02516730	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
34	32035018	IA2423242	RAIOX PUNHO: A.P - LAT - OBliquas

ISBN 10: 978-88-215-8000-6



Assinado eletronicamente por: ABEI ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:26
<https://pie1g.tirn.ius.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092747900000049992177>

Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 Pág. 18

NOTA DE SALA

4616446

Atendimento:	57590910	Prontuário:	13344693	JOSUE LUTON RONDINELY DA SILVA	HÁPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s) :	30721237	INJ PARACAO LIGAMENTAR DO CARPO		Tipo Anestesia:	GERAL
	30732026	ENXERTO OSSEO	30721199	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO -	
				TRATAMENTO CIRURGICO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	3013B
Equipe Médica:	CIRURGIAO		1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	CRM	10511
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO		29505461 EDILMAR FERREIRA LESSA	CRM	7399
	ANESTESISTA		3780597 IGOR RIBEIRO MONTENEGRO	CRM	52885460
	CIRCULANTE		2141140 ALANE ALVES DE FREITAS	COREN	2587274
	SEGUNDO(A) CIRCULANTE		3115470 MARCIA MARIA ALMEIDA FIALHO	COREN	739174

Código	Especificação	Qtdc	Código	Especificação	Qtdc
Materiais Médico-Hospitalares					
37726	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	34290	AGUA DESLADADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 1X4.5 - 1 UD	1	39144	ANATAX 2ML AMPL 2 ML	1
27955	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	35181	ATROPINA 0.25 MG 1 ML AMPL 1 ML	4
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	36811	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML 2.5 ML AMPL 2.5 ML	1
31739	ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	50	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
51063	ALGODÃO HIDROFÍLICO - 500 GR	60	48542	DIPRIVAN 20ML 20 ML AMPL 20 ML	6
51055	ALGODÃO ORTOPÉDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	40037	DORMONID 15 MG 3 ML AMPL 3 ML	1
27936	ATADURA DE CRÉPOM 10 CM - 1 UD	2	40142	EFORTA AMPL 1 UD	1
27044	ATADURA DE CRÉPOM 10 CM - 1 UD	2	48644	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
30174	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	2	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	42358	JANIXAT 0.5 MG 5 ML AMPL 5 ML	1
81868	CANFTA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	91529	NAROPIN SP 7.5MG 20 ML AMPL 20 ML	1
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOS FRAS 1000 ML	150	118895	NIMBUM 10MG 5 ML AMPL 5 ML	1
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
158860	COMPRESSA OPERATÓRIA 25X28 ESTÉRIL C/5 UD - 1 UD	3	43060	PROSTIGMINE 1 ML AMPL 1 ML	6
27136	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	43293	RENGER C-LAC A10 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	2
50597	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100	143303	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1
31771	ETER ÉTILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
16333	EXTENSOR 120CM C/2 VIAS - 1 UD	1	118910	ULTIVA 2MG FRAP 1 UD	1
130523	EXTENSOR 45CM C/2 VIAS - 1 UD	1	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTÉRIL 20 ML AMPL 20 ML	1
25771	FAIXA DE SMARCHE 12CM ROLO 1 UD	2			
161632	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4 - ENV 1 UD	3			
165563	FIO Q - PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133509	GAZE 10X10 ESTÉRIL PCT C/0 PCT 1 UD	3			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1	19	Gases / Aparelhos	
105112	TEX SILICONIZADO - 1 MT	3	4	TAXA DE SALA	Inicio: 10:45 Fim: 12:40
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4	7	TREPANO	Inicio: 10:45 Fim: 12:40
30651	LUVA DESC ESTÉRIL N - 7.0 - 1 PA	7	20	CAPINOGRAFO	Inicio: 10:45 Fim: 12:40
30660	LUVA DESC ESTÉRIL N - 7.5 - 1 PA	2	15	OXIGÉNIO	Inicio: 10:45 Fim: 12:40
30678	LUVA DESC ESTÉRIL N - 8.0 - 1 PA	1	22	BISTURI ELÉTRICO	Inicio: 10:45 Fim: 12:40
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	80		OXÍMETRO DE PULSO	Inicio: 10:45 Fim: 14:00
50322	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLO CAMADA C/ITRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200			
57209	PARAFUSO CORTICALIS ATE 3.5MM - 1 UD	6			
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
143063	PLACA EM TREV 3.5 INCLUI PARAFUSO - 1 UD	1			
50849	PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
150186	SERINGA DFSC 60ML LUER LOCK (BICO ROSQUEADO) SERI 60 ML	1			
30846	SERINGA DESCARTAVEL 95 ML SERI 5 ML	2			
30964	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4			
30961	SÔNDA ASP IRÁQUEAL 12 - 1 UD	1			
31141	SÔNDA ENDOT DESC 8.0 CIRALAO - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	2			
147256	TRANSOTIX - 1 UD	1			
75439	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Data: 15/03/2019 Cirurgião: JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS Anestesista: IGOR RIBEIRO MONTENEGRO Pág. 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177

Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 19

JOSE VELTON MOURA DA SILVA IS 03 A

334466370

MEU MAM

EST. DE FAMÍLIA D

EST. DE FAMÍLIA D

CHURCH DOIS PERNAS

AGRICOLA

I

10 11 12

W W W W W

W W W W W

Q Q Q

U

U

U

W W W W W

W W W W W

2

medicamento
Glicorilina
Dipirona
Vitamina
Vitamina
Citrina
B12
Citrina
Citrina
Citrina

200
150
100
50
0

200
150
100
50
0

W W W

200
150
100
50
0

200
150
100
50
0

200
150
100
50
0

Dr. Igor R. Montenegro
Anestesiologista
CREMEO 20200



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>

Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 20

SPITAL ANTONIO PRUDENTE

paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

Dt. Nasc.: 20/09/1990

Atendimento: 57590910

Prontuário: 13344693

Início: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE

Leito: 224/1

Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]

Nº: 35391064 15/03/2019 às 12:40

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S525

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S525

[1]

ADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

15/03/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

12:40

[1]

Cirurgia

TRATAMENTO DE FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO

[1]

Cirurgião

JOAO ROLIM

[1]

1º Auxiliar

EDILMAR LESSA

[1]

Anestesista

JOSE REINALDO

[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 EM T E FIOS DE
 KIRCHNER
 ENXERTO ÓSSEO
 REPARO LIGAMENTAR DO CARPO
 RX DE CONTROLE
 IRRIGAÇÃO COM SF
 SUTURA POR PLANOS E CURATIVO

[1]

Códigos Dos Procedimentos

30732026
 30721199
 30/21237
 TRANSLADO DE MOSSORÓ

[1]

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



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>

Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 21

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

15/03/2019 11:45

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2
Profissional(is): ALANE ALVES DE FREITAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 2587274 [1] FERNANDA REGINA GADELHA, ENFERMEIRO(A), COREN 262568 [2] MARIA ANDRESSA PEREIRA SENA COREN 1303205 [3]			

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	15/03/2019	[2]
Cirurgia	FRATURA DO PUNHO	[3]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	emergencia	[2]
Identidade Do Paciente	Sim.	[2]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	[2]
Realizados Protocolos De Instrumentais	NÃO.	[2]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	Não.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	Sim.	[2]
Exames Complementares	Sim.	[2]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[2]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	[2]
Banho Pre-Operatório	Sim.	[2]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[1]
Ópice Checado Em Sala Cirúrgica	sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica	sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirúrgica	sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	NÃO.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	sim.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[1]



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 11:45

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[1]
Procedimento	sim.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[1]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas. Estão Corretas	sim.	[1]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	sim.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	sim	[1]





ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO

Paciente: *Jonathen Rondoni de Souza*

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrições médicas diárias com carimbos e assinaturas? Sinalizar pendência de medicação alto custo, medicação não padrão e dieta enteral, se houver.	✓		
Sinalizar pendência de parecer médico, se houver; isolamento e cuidados paliativos.		✓	
Aprazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo se desejar verificar a existência do fluxo administrativo.	✓		
Medicações checadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipos, sonda e BICs.	✓		
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	✓		
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.		✓	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.		✓	
Procedimentos de enfermagem tais como: (curativos, punção venosa, sondagens, AVAS e etc). E procedimentos médicos como: (paracentese, drenagem de tórax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?	✓		
Existe acompanhamento dos registros/ fechamento de B.II em sistema?		✓	
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Inclusive para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.	✓		
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	✓		
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	✓		
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		✓	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)		✓	

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do enfermeiro Lider



ANTONIO
DENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 15/03/2019

Nome: OSUELTON RONDENEY DA SILVA
Início: 14/03/2019
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA

Atendimento: 57590910
Prontuário: 3344693
Peso: 70,00 kg

Dr. Nasc. 20/09/1990
Nº Prescrição: 20811268
Leito: 2241
3/3h ORAL

Dt. Nasc. 20/03/2019 às 12:40
CRM-739

1. DIETA GERAL-ADULTO PARA A IDADE

2. Hidratação Venosa Fase Única Vol. Total: 500 ml
SORO FÍSIOLOGICO 0,9% 20,83 ml/kcal/dia 500 ml
3. CEFAZOLINA SÓDICA (1,00G) 1g 1FRAP (FRAP C/1GR) 8/8h EV CRM-736
(D1/2) Agua Destilad a 10 ml

CRM-736

4. OMEPRAZOL (40,00mg) Agua Destilad a 40mg 1FRAP (FRAP C/40MG) 24/24h EV CRM-736
18 ml

CRM-736

5. PROFEVICIV (100,00mg) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 1FRAP (FRAP C/100MG) 8/8h EV CRM-736
100 ml

CRM-736

6. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml) Agua Destilad a 1000mg 2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV CRM-736
18 ml

CRM-736

7. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 2ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV CRM-736
100 ml

CRM-736

8. PLAMET (5,00mg/ml) Agua Destilad a 10mg 2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV CRM-736
18 ml

CRM-736

9. SONDAÇÃO VESICAL DE ALIVIO SN CRM-736

10. CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE ACOCHOADA SN CRM-736

11. PUNCAO C/ JELCO SN CRM-736

12. SINAS VITAS SN CRM-736

13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS SN CRM-736

14. RETIRADA DE DRENO DE PORTOZA SN CRM-736

15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MÉDIO SN CRM-736

16. COMPRESSÃO COM ETR SN CRM-736

Profissionais: CRM-739-9 EDILMAR FERREIRA LERSS

Dr. João Ricardo Boim Júnior CRM-736
Ortopedista e Traumatologista CRM-736
CRM-736

Antônio
Figueiredo

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 15/03/2019 14:29
Página 1 de 3

Paciente: JOSUELLTON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Pronuário: 13344693
Convenio: HAP/MDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0020811268	15/03/2019 às 12:40	
Posto:RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA	Leito: 2277	Peso: 70,00 kg	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	HORÁRIOS
2.Hidratação	Fase Única	Vol. Total:	15:00 ; 18:00 ; 21:00 ; 16/03- 00:00 ;
Venosa		500 ml	16/03- 03:00 ; 16/03- 06:00 ;
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83	ml/ka/dia	15:00 ;
3.CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (1x1/2)	1g	1FRAP (FRAP C/ 1GR)	16/03- 04:00 ;
	10ml		20:00 ;
4.OMEPRAZOL (40,00mg)	40 mg	1FRAP (FRAP C/ 40MG)	24/24h EV
	18ml		06:00 ;
5.PROFENID IV (100,00mg)	10,0mg	1FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h EV
	100ml		20:00 ; 16/03- 04:00 ;
6.DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)	100,0mg	2ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h EV
	18ml		18:00 ; 16/03- 09:00 ; 16/03- 06:00 ;
7.TRAMADOL (50,00mg/ml)	10,0mg	2ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h EV
	100ml		SN
Alta vigilância			
8.PLAMET (5,00mg/ml)	10mg	2ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h EV
	18ml		14:00 ; 22:00 ; 16/03- 06:00 ;
9.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	SN		15:00 ;
10.CURATIVO MEDIO-SF+GAZE			
ACOCHOADA			
11.PUNCAO C/ JECCO			
12.SINAIS VITais	SN		15:00 ;
13.			

RP155:

MARIA MIRENE ALBUQUERQUE PERE 15/03/2019 14:29

IP: 192.65.4.101



Antônio
Prudente

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 15/03/2019 14:29
Página: 2 de 3

Paciente: JOSUE LILLTON RONDI NEY DA SILVA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto:RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA

Dt. Nasc.: 20/09/1990 Atendimento: 57599910
Nº Prescrição: 0020811268 15/03/2019 às 12:40
Leito: 224/1 Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

13. GFLO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS	SN	15:00
14. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN	15:00
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MÉDIO	SN	15:00
16. COMPRESSÃO COM ETER	SN	
Alta em: 16/03/2019	ALTA MELHORADO	
Alta dada por: EDUARDA FERREIRA LESSA		

Reservado para o SAD

ENTEROFIX As.

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

RP1531
MÁRIA MERIENE AUDIOTROQUE PEREIRA 15/03/2019 14:29

IP: 192.85.4.101

ABEL ICARO MOURA MAIA
12/12/2019 18:09:28
https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092747900000049992177
Número do documento: 19121218092747900000049992177



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 15/03/2019 14:29

Página 3 de 3

Paciente: JOSUELTON RONDINELY DA SILVA		Dt. Nasc.: 26/09/1990	Atendimento: 57590910	Pronuário: 13344693
Convenio: HAFVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 0020811266	15/03/2019 às 12:40	
Posto RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTÉSICA		Leito: 224/1	Peso: 70,00 kg	
GASTOS				
PLAMENT	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
SERINGA DESCARTÁVEL 20ML SERI 20 ML	3	SONDA ASP TRAQUEAL 6G - 1 UD	1	AGUA DESTILADA 10ML 10 ML AMPL 10 ML
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	3	CLOREXEDINA 0,5% AGUAS FRAS 1000 ML/50	1	AGUA DESTILADA 10ML 10 ML AMPL 10 ML
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	COLIFLOR DE URINA SIMPLES ADULTO -1U-1	1	SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML SERI 10 ML
ACUJHA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD	3	GAZE 10X10 ESTÉRIL PCT CX10PCT 1 UD	2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	15	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	AGUJA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD
PLAMENT TONG 2 ML ASP 2 ML	3	Refinada Da Dreno De Portac		ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML
ALGODÃO HIDROFÍL - 500 GR	6	ATADURA DE GREFOM 15 CM - 1 UD	1	REFAZOL FRAP 1 UD
DIFRINA AMP		MICROPORE 20X10 TUBO 1000 CM	50	ALGODÃO HIDROFÍL - 500 GR
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	3	LUVA DESC ESTERIL N/7,5 - 1 PA	1	HV Vol Total: 500,00 VIG.
SERINGA LESCARTÁVEL 20 ML SERI 20 ML	3	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500/1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	GAZE 10X10 ESTÉRIL PCT CX10PCT 1 UD	2	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD
AGUJA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD	3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10 ML AMPL 5	1	TORNEIRA DE VASOS - 1 UD
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	15	ETER ETÍLICO (UCOR DE HOFFMANN) 1L FSA 10	1	TAMPA CONE LUER - 1 UD
DIFRINA 1G 2 ML AMP 2 ML	3	LÂMINA DE BISTURI 11 - 1 UD	1	
ALGODÃO HIDROFÍL - 500 GR	6	ESTAFADRAPO TUBO 450 CM	30	
PROFENID IV		Curativo Medio-S14 Gaze Acochada		
ALGODÃO HIDROFÍL - 500 GR	6	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	2	GAZE 10X10 ESTÉRIL PCT CX10PCT 1 UD	3	
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2	CLOREXÉRINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 30		
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	20	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100/1		
AGUJA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD	2	LUVA DESC ESTERI N/7,5 - 1 PA	1	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	ETER ETÍLICO (UCOR DE HOFFMANN) 1L FSA 30		
SERINGA DESCARTÁVEL 06 ML SERI 5 ML	2	MICROPORE 20X10 TUBO 1000 CM	50	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100/1		TRANSFIK - 1 UD	1	
Punec G Jetco		Curativo Com Atadura E Gaze Acochada Medi		
ALGODÃO HIDROFÍL - 500 GR	6	GAZE ACOCHADA 15X40 PCT 40 CM	2	
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	15	ATADURA DE CREFOM 30 CM - 1 UD	2	
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	15	OMERAZOL		
IVFX FRADOR DE CATETER 1 UD	1	ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000ML	10	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1	ALGODÃO HIDROFÍL - 500 GR	4	
EXTENSOR MULTIVIAS 2 VASOS - 1 UD	1	OMERAZOL 40MG FRAP 1 UD	1	
SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML SERI 10 ML	1	ACUJHA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD	1	
CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD		LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3	
Sondagem Vaginal De Alívio		LUVA DESCARTÁVEL 20 ML SERI 20 ML	1	
XYLOCAINA GEL 1% 30ML 30 GR	5	LUVA DESC ESTERI N/7,5 - 1 PA	1	
LUVA DESC ESTERI N/7,5 - 1 PA	1			





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1.
16/03/2019 03:00 AM
5132 02

Paciente: JOSUELITON RONDINELLY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MÁTRIZ	Nº Prescrição: 20820282	16/03/2019 às 01:26	
Posto: POSTO 3B	Leito: 3013B/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: HELIDA SILVA DE OLIVEIRA (COREN 547741)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Manhã	Tarde	Noite
Pressão Arterial	Manhã	Tarde	Noite
PAÐRAO RESPIRATORIO	Manhã	Tarde	Noite
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

*Revisão de enfermagem
de enfermagem*



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

15/03/2019 13:21

Paciente: JOSUELTON RONDINELY DA SILVA

Dt. Nasc.: 20/09/1990

Atendimento: 57590910

Prontuário: 13344693

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 20804094

15/03/2019 as 05:18

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Enfermeiro(a): FRANCISCA THACIANE FERREIRA

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO

Profissionais:

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: DOR

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

SECUNDÁRIOS \ ANESTESIA

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

INFECÇÃO PÓS OPERATORIA

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

00:00 06:00 12:00 18:00



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>

Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 30



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

15/03/2019 05:25

01532

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693		
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 20804094	15/03/2019 às 05:18			
Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	Enfermeiro(a): FRANCISCA THACIANE FERREIRA L			
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO					
Profissionais:					

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: DOR
RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR
TRATAMENTO CIRÚRGICO
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXtenso OU PROLONGADO
INFECÇÃO PÓS OPERATÓRIA

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

00:00 06:00 12:00 18:00



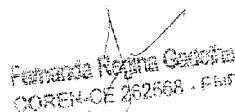


PREScrição DE ENFERMAGEM

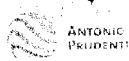
Página 1 de 1
15/03/2019 05:23 AM
01502.02

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693		
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 20604051	15/03/2019 às 05:21			
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2				
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA					
Profissionais: FERNANDA REGINA GADELHA (COREN 262568)					
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO					
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite		
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	00:00	06:00	12:00	18:00	
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00	18:00	
Sinais Vitais- Frequência Cardíaca	00:00	05:00	10:00	15:00	20:00
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00	18:00	
PADRAO RESPIRATORIO	00:00	06:00	12:00	18:00	
2 - MANTER					
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFORTO	Mantido				
6 - OFERECER					
APOIO PSICOLÓGICO	Mantido				
7 - ORIENTAR					
ORIENTAR PACIENTE QTO. A ROTINA DO SET	Mantido				

PROCEDIMENTOS REALIZADOS


Fernanda Regina Gadelha
COREN-CE 262568 - PNF





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

16/03/2019 01:25

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuario: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 3B	Leito: 3013B/1	
Profissional(is): HELIDA SILVA DE OLIVEIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 547741 [1] Nº: 35421126 16/03/2019 às 01:20			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

#PLANTÃO SN

[1]

JRS, 28ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO POSTO 3B PROCEDENTE DA RPA. TRANSLADO DE MOSSORO, NO POI DE FRATURA DE PUNHO DIREITO. VEIO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERNALIZA NHBS, COOPERATIVO. AVP PERVIO EM MSE EM HV, AUSÊNCIA DE SINAIS FLOGÍSTICOS. DIETA VO GERAL. VÉRIFICADO SSVV CPM, ELIMINAÇÕES PRESERVADAS.

SEGUO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

- RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES ELEVADAS.
- RISCO DE FLEBITE: OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>

Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 33

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 05:35

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2
Profissional(is): FERNANDA REGINA GADELHA, ENFERMEIRO(A), COREN 262568 [1]			Nº: 35371349 15/03/2019 às 05:29

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	PACIENTE JRS, 28ANOS, SEXO MASCULINO, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE PROCEDENTE DE MOSSORO COM FRATURA DE ANTEBRAÇO. NO MOMENTO NO MOMENTO, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERNBALIZA NHBS, COOPERATIVO. AVP PIERVIO EM MSD EM HV, AUSENCIA DE SINAIS FLOGISTICOS, PELE INTEGRA EM RELAÇÃO A LPP. ORIENTADO DIETA ZERO. ELIMINAÇÕES ESPONTANEAS AUSENTES NO PERÍODO. REALIZADO CUIDADOS PRE-OPERATORIOS, REALIZADO HIGIENIZAÇÃO COM DEGERMANTE, RETIRADO ROUPAS E ADEREÇOS. AGUARDA PROCEDIMENTO COM DR JOAO ROLIM, SEGURO AOS CUIDADOS.	[1]
ALERGIAS		
Alergias	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Flebite	Sim	[1]
Queda Adulto (Morse)	BAIXO RISCO.	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Peso	65	[1]
Glicemia Pela Fita (Dx)	88	[1]
Pabd	120X70	[1]
Bcf	84	[1]
Sat 02	98	[1]





Evolução de Enfermagem Internação

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 14:55

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 3B	Leito: 3013B/1	
Profissional(is): MARIA MÉRIENE ALBUQUERQUE PEREIRA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 559488 [1]	Nº: 35397429	15/03/2019	às 14:48

Evolução de Enfermagem

Evolução de enfermagem

#PLANTÃO M.T
15/03/2019
CLIENTE- JRS, 28ANOS, SEXO MASCULINO. PROCEDENTE DA RPA, TRANSLADO DE MOSSORO. HD: FRATURA DE PUNHO. NO MOMENTO, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERNALIZA NHBS, COOPERATIVO. AVP PERVIO EM MSE EM HV, AUSENCIA DE SINAIS FLOGISTICOS DIETA VO GERAL.
ELIMINAÇOES PRESERVADAS.

[1]

SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Febre

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Márcia M. M. Melíne A. P. Costa
Enfermeira
CRB-CE 553.463

ANUNCIADO
PACIENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

P. na 1 de 1
Emissão: 16/03/2019 08:32

Paciente: JOSE SUFFITON RONDINELLY DA SILVA

Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Peso: POSTO 3B

Dt. Nasc: 2009/1990

Nº Prescrição: 20822472

16/03/2019 às 08:31

Atendimento: 57590910

Prontuário: 01334693

Peso:

70.00

kg

CRM-12051

1. DIETA: GERAL-ADULTO PARA A IDADE

Leito: 3013B1

3/3h

ORAL

2. Hidratação Venosa
Fase Unica
SORO FISIOLOGICO 0,9%
Sorodestilada

Vol. Total: 500 ml
ml/Keatika: 500 ml
2 ML (AMPL C/10MG) 88h
18 ml

7.00 g/min
Acesso Reférencia

CRM-12051

3. PLAVAFI 5,00mg/ml
Agua Destilada
Soro fisiologico 0,9%
100mg
100 ml

1FRAP (FRAP C/100MG) 88h
EV

CRM-12051

4. PROFENID IV 100,00mg
Agua Destilada
1000mg
18 ml

2ML (AMPL C/500MG) 66h
EV

CRM-12051

5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)
Agua Destilada
40mg
18 ml

1FRAP (FRAP C/40MG) 24/24h
EV

CRM-12051

6. OMEPRAZOL (40,00mg)
Agua Destilada
SN

CRM-12051

7. SONDAGEM VESELCA DE ALIMENTO
8. CURATIVO MEDIO+SI+GAZ ACCOCHOADA
9. PUNCAO C/FECCO

SN

CRM-12051

10. SINAS VITAS
11. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS
12. RETIRADA DE DRENOS DE PORTOMAC

SN

CRM-12051

13. CURATIVO COM ATADURA E GAZ ACCOCHOADA MEDIO
14. COMPRESSAO COM ETER

SN

CRM-12051

Profissionais: CRM-12051
JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

*Dr. Jose Neias Araujo Ribeiro
CRM-12051*



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

paciente: JOSUE LITON RONDINELY DA SILVA

Dt. Nasc.: 20/09/1990

Atendimento: 57590910

Emissão: 16/03/2019 10:51

convenio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 0020822472

Prontuário: 13344693

Posto: POSTO 3B

Leito: 3013B/1

Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA GERAL ADULTO / PARA A IDADE

3/3h

ORAL

09:00 ; 12:00 ; 15:00 ; 18:00 ;

21:00 ; 17/03- 00:00 ; 17/03- 03:00 ;

HORÁRIOS

2. Hidratação

Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7,00 gts/min Acesso Periférico

15:00

Venosa

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20,83 ml/Kcal/dia

500 ml

15:00

3. PLAMET (5,00mg/ml)

10mg

2ML (AMPL C/ 10MG)

14:00

4. PROFENID IV (100,00mg)

100mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG)

8/8h

EV

20:00

5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)

1000mg

2ML (AMPL C/ 500MG)

6/6h

EV

18:00

6. OMEPRAZOL (40,00mg)

40mg

1FRAP (FRAP C/ 40MG)

24/24h

EV

06:00

7. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

18ml

Agua Destilada

18:00

 8. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE
ACOLCHOADA

1PUNCAO C/ JELCO

SN

10:00

9. SINAIS VITais

10. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

10:00

 11. RETIRADA DE DRENO DE
PORTOVAC

SN

10:00

 12. CURATIVO COM ATADURA E GAZE
ACOCHOADA MEDIO

SN

10:00

13. COMPRESSÃO COM MÉTER

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

16/03/2019 14:5

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 3B	Leito: 3013B/1	
Profissional(is): VANESSA VIANA MONTEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 454354 [1]		Nº: 35444134	16/03/2019 às 14:31

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO mt

[1]

JRS, 28ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO POSTO 3B PROCEDENTE DA RPA. TRANSLADO DE MOSSORO, NO 1^{PO} DE FRATURA DE PUNHO DIREITO. VEIO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERNALIZA NHBS, COOPERATIVO, AVP PERVIO EM MSE EM HV, AUSENCIA DE SINAIS FLOGISTICOS. DIETA VO GERAL. VERIFICADO SSVV CPM. ELIMINAÇOES PRESERVADAS.

SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

- RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES ELEVADAS.
- RISCO DE FLEBITE: OBSERVAR SINAIS FLOGISTICOS. ENCONTRA-SE DE ALTA HOSPITALAR.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

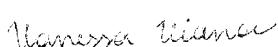
[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Vanessa Viana
Corm 454.354

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Pagina 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 12:

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA Dt. Nasc.: 20/09/1990 Atendimento: 57590910 Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 224/1
Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM:10511 [1] Nº: 35391047 15/03/2019 às 12:39

IDENTIFICAÇÃO

Nome	JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	28 A 5 M	[1]
Data De Nascimento	20/09/1990	[1]
Nº Atendimento	57590910	[1]

DADOS DO PACIENTE

OBJETIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO [1]

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Principal TRATAMENTO DE FRATURA DE PUNHO [1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias 2 Dias

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis [1]
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10511 - TEOT 14293



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 12:44

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 224/1	
Profissional(s): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1]	Nº: 35391179	15/03/2019	às 12:43
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO			
Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍTESE DE FRATURA DE RÁDIO DIREITO. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITais DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. [1]		
CID 10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO [1]		

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



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>
Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 41

15/03/2019 12:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

paciente: JOSUELTON RONDINELY DA SILVA

Dt. Nasc.: 20/09/1990

Atendimento: 57590910

Prontuário: 13344693

avenio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 224/1

fissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1]

Nº: 35391179 15/03/2019 às 12:43

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE RÁDIO
DIREITO, SEM INTERCORRÊNCIAS, SINAIS VITais DENTRO DA
NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. [1]

CID 10

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO [1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniades
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10511 - TEO: 10292

1

Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>

Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 42



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

16/03/2019 08:2...

Paciente: JOSUELTON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 3B	Leito: 3013B/1	

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO, MÉDICO, CRM:12051 [1] N°: 35427095 16/03/2019 às 08:22

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	2 PO .PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍTESE DE FRATURA DE RÁDIO DIREITO. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITAIS DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. PACIENTE COM ALTA HOSPITALAR . ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL EM MOSSORÓ.	[1]
CID 10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	[1]
ESPECIFICAÇÃO	ALTA HOSPITALAR. ACOMPANHAMENTO EM AMBULATORIO	[1]



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>
Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 43

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

16/03/2019 08:31

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 224/1
Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1]		Nº: 35391377	15/03/2019 às 12:46
JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO, MÉDICO, CRM 12051 [2]			

DIAGNÓSTICOS		
CID10	S52 FRATURA DO ANTEBRACO	[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	[1]
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Cirurgia Realizada	OSTEOSÍTESE	[1]
Cirurgião	JOÃO ROLIM	[1]
Tipo De Anestesia / Sedação	BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL + GERAL	[1]
Data da Cirurgia	15/03/2019	[1]
ALTA / TRANSFERÊNCIA		
Paciente Melhorado	Sim	[1]
ORIENTAÇÕES GERAIS		
Orientações Diversas	ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL	[2]



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 3

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 13:31

Paciente: JOSUÉLTON RONDINELY DA SILVA Dt. Nasc.: 20/09/1990 Atendimento: 57590910 Prontuário: 13344693

Convenio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): ALANE ALVES DE FREITAS, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 2587274 Nº: 35371284 15/03/2019 as 05:26
[1]
FERNANDA REGINA GADELHA, ENFERMEIRO(A), COREN 262568 [2]
MARTA MARIA ALVES, ENFERMEIRO(A), COREN 481199 [3]

PACIENTE

Data De Admissão 15/03/2019 [2]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [2]

Data Da Cirurgia 15/03/2019 [2]

Procedimento Cirúrgico Proposto fratura de antebraço [2]

Pulseira De Identificação MSD [2]

Comorbidades nega [2]

Nome, dosagem, frequência nega [2]

Alergia- Descrição nega [2]

Tabagista Não. [2]

Etilista Não [2]

Internações Anteriores nega [2]

Cirurgias Anteriores Não. [2]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa [2]

Reserva de Hemoderivados Não. [2]

Reserva de Hemoderivados [2]

Higienização Sim [2]

Tricotomia Sim [2]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [2]

Exames E Procedimentos Sangue [2]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum Sim [2]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso Sim. [2]

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir Não [2]

Compreender Não [2]

Memorizar Não [2]

Falar Não [2]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento enfermeira leilane [1]

Hora 10:45 [1]





FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 3 de 3

15/03/2019 13:31

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

Dt. Nascl.: 20/09/1990

Atendimento: 57590910

Prontuario: 13344693

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

DIREITO CURATIVO LIMPO, EVOLUI
CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCARDICO, NIVEL PRESSORICO
ESTAVELPA, 156X86MMHG, FR: 20R-M, FC: 63BPM, SATO: 98%, T: 36C, S
EQUE EM OBSERVACAOENFA MARTA MARIA 350020

MM/10/2019
03



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>

Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 46

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 2

HÓSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 11:43

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	
Profissional(is): ALANE ALVES DE FREITAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 2587274 [1] FERNANDA REGINA GADELHA, ENFERMEIRO(A), COREN 262568 [2]	Nº: 35371284	15/03/2019	às 05:26

PACIENTE	
Data De Admissão	15/03/2019 [2]
PRÉ-OPERATÓRIO	
Tipo De Cirurgia	Emergência. [2]
Data Da Cirurgia	15/03/2019 [2]
Procedimento Cirúrgico Proposto	Fratura de antebraço [2]
Pulseira De Identificação	MSD. [2]
Comorbidades	Nega [2]
Nome, dosagem, frequência	Nega [2]
Alergia- Descrição	Nega [2]
Tabagista	Não. [2]
Alérgica	Não. [2]
Internações Anteriores	Nega [2]
Cirurgias Anteriores	Não. [2]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa. [2]
Reserva de Hemoderivados	Não. [2]
Reserva de Hemoderivados	
Higienização	Sim [2]
Tricotomia	Sim [2]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim [2]
Exames E Procedimentos	Sangue. [2]
NUTRICIONAL / METABÓLICO	
Jejum	Sim. [2]
SONO / REPOUSO	
Concilia Sono e Repouso	Sim. [2]
COGNITIVO / PERCEPTIVO	
Em Ouvir	Não. [2]
Compreender	Não. [2]
Memorizar	Não. [2]
Falar	Não. [2]
CONFORTO	
INTRA-OPERATÓRIO	
Responsável Pelo Recebimento	Enfermeira Leilane [1]
Hora	10:45 [1]
Sala	05 [1]



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 11:43

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2

Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	integrrar	[1]
Inicio Da Anestesia	10:45	[1]
Término Da Anestesia	12:40	[1]
Inicio Da Cirurgia	11:10	[1]
Término Da Cirurgia	12:40	[1]
Instrumentador	toinha particular e tereza ortogeneses	[1]
Circulante	elane e marcia fialho	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	braco direito	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrecentadas 1	10 UD	[1]
Medicações/hora	kefazol 2 g as 10:47	[1]
Exames De Imagem	Sim	[1]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	s	[1]
Álcool	s	[1]
Tipo	Elétrico.	[1]
Número De Série	cci006	[1]
Colchão Térmico		
Número De Série	cci006	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	limpa	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
SINAIS VITais		
T	36 °C	[1]
Pulso	90 bpm	[1]
PA	100 por 90	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	98 %	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	paciente admitido no cc para cirurgia de enxerto osseos com dr joao rolim anestesia geral com dr igor acesso no lado esquerdo placa na costela esquerda nega alergia pulseira conferida a aliança dele foi contada pelo cirurgiao joao rolim paciente cliente que teria que corta a aliança foi conta e entregue a acompanhante cristina da s.de meio foi explicado tambem para ela porque foi contada e equipe toda cliente seguem sem nem um intercorrencia.	
PÓS-OPERATÓRIO		



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 11:43

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	
Condições Da Pele ao Início da cirurgia		integro	
Início Da Anestesia		10:45	
Término Da Anestesia		12:40	
Início Da Cirurgia		11:10	
Término Da Cirurgia		12:40	
Instrumentador		toinha particular e tereza ortogenes	
Circulante		alan e marcia fialho	
Posição do paciente durante o ato operatório		Dorsal.	
Membro Ou Lado A Ser Operado		braco direito	
Número Inicial De Compressas		10 UD	
Quantidade De Compressas Acrecentadas 1		10 UD	
Medicações/hora		kofazol 2 g as 10:47	
Exames De Imagem		Sim	
Clorexedine Alcoólico		Sim	
Clorexedine Degermante		S	
Álcool		S	
Tipo		Elétrico.	
Número De Série		cci006	
Colchão Térmico			
Número De Série		cci006	
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia		limpa	
Encaminhamento Do Paciente		SRPA.	
SINAIS VITais			
T		36 °C	
Pulso		90 bpm	
PA		100 por 90	
OUTROS DADOS E SINAIS			
Sat O2		98 %	
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS			
Observação		paciente admitido no cc para cirurgia de enxerto ósseo com dr joao rolim anestesia geral com dr igor acesso no lado esquerdo placa na costela esquerda nega alergia pulsária conferida a aliança dele foi contada pelo cirurgião joao rolim paciente cliente que teria que corta a aliança foi conta e entreguei a acompanhante cristina da s de melo foi explicado tambem para ela porque foi contada e equipe toda cliente seguiram sem nem um intercorrência.	
PÓS-OPERATÓRIO			





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



RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria
 2ª Via orientação ao Paciente

Dr. João Ricardo Rolim
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-CE 10511
 AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
 32694001
 Cidade: FORTALEZA UF: CE

Paciente: JOSUELTON RONDINELY DA SILVA

Endereço: FRANCISCA MORAIS DA SILVA 52 SANTO ANTONIO MOSSORO RN 59621490 Tel.

987073319
 Prescrição:

ALEVO -----1 CAIXA

TOME DE 12/12 HORAS POR 3 DIAS

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria
 2ª Via orientação ao Paciente

Dr. João Ricardo Rolim
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-CE 10511
 AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
 32694001
 Cidade: FORTALEZA UF: CE

Paciente: JOSUELTON RONDINELY DA SILVA

Endereço: FRANCISCA MORAIS DA SILVA 52 SANTO ANTONIO MOSSORO RN 59621490 Tel.

987073319
 Prescrição:

ALEVO -----1 CAIXA

TOME DE 12/12 HORAS POR 3 DIAS

IDENTIFICAÇÃO DO ENTITENTE

Nome Completo: JOAO RICARDO ROLIM
 ARSENIADIS
 CRM: 10511 UF: CE
 AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
 32694001
 Cidade: FORTALEZA UF: CE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: JOAO RICARDO ROLIM
 ARSENIADIS

CRM: 10511 UF: CE
 AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
 32694001
 Cidade: FORTALEZA UF: CE

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria
 2ª Via orientação ao Paciente

Dr. João Ricardo Rolim
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-CE 10511
 AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
 32694001
 Cidade: FORTALEZA UF: CE

Data : 15/03/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Ident: _____ Orgão Emissor: _____
 End: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____
 Ident: _____ Orgão Emissor: _____
 End: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____
 Ident: _____ Orgão Emissor: _____
 End: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

Assinatura do Fornecedor Data: / /

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>JOAO RICARDO ROLIM</u>	
ARSENADIS	
CRM: <u>10511</u>	UF: <u>CE</u>
AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel. <u>32694001</u>	
Cidade: <u>FORTALEZA</u> UF: <u>CE</u>	

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

Endereço: FRANCISCA MORAIS DA SILVA 52 SANTO ANTONIO MOSSORO RN 59621490 Tel.

987073319

Prescrição:

ALGINAC 1000

TOME DE 8/8 HORAS POR 10 DIAS

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>Dr. João Ricardo Rolim</u>	
CRM-CE 10511	
Ortopedia e Traumatologia	
CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO	
Cidade: <u>FORTALEZA</u> UF: <u>CE</u>	

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

Endereço: FRANCISCA MORAIS DA SILVA 52 SANTO ANTONIO MOSSORO RN 59621490 Tel.

987073319

Prescrição:

ALGINAC 1000

TOME DE 8/8 HORAS POR 10 DIAS

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria	
2ª Via orientação ao Paciente	
<u>Dr. João Ricardo Rolim</u>	
CRM-CE 10511	
Ortopedia e Traumatologia	
CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO	
Cidade: <u>FORTALEZA</u> UF: <u>CE</u>	

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via orientação ao Paciente

Dr. João Ricardo Rolim

CRM-CE 10511

Ortopedia e Traumatologia

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Cidade: FORTALEZA UF: CE

Data : 15/03/2019

Data : 15/03/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	UF: _____
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	UF: _____
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	UF: _____
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	UF: _____
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	UF: _____

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

Hapvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADET 2- Nº 35904593

7-Nº Guia Principal 35904593	3-Nº Guia Trinomial 17/05/2019	4-Cata da Autorização 17/05/2019	5-Senha D05200729	6-Data de Vidação da Santral 16/07/2019	7-Data de Emissão da Guia 17/05/2019	Nº V.a.: 1
Dados do Beneficiário		11-Nome do Beneficiário JCSEULTON RONINELY DA SILVA		12-Número da Carteira Nacional de Saúde		
B-Número da Carteira 02K1400120006		13-Faixa da Carteira		14-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN		
Dados do Contratado Socilane		15-Código CNES		16-Número do Conselho CRW		
16-Número do Profissional / Executante MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA		17-Código CBO/S		18-Número do Conselho 2869		
18-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361267009140		19-Pano NCSSC PLANO XII - 700370986		20-Código RN		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solticados		21-Data/Hora da Solicitação		22-Caráter de Solicitação [E] Emiss. Urgência		
22-Caráter de Solicitação		23-ÓD		24-Indicação Clínica		
25-Tabela		26-Código do Procedimento		27-Descrição do Procedimento FIOS OU PINOS METALICOS TRANSOSSEOS		
01	2004	3071014	AV	33-34-35-Logradouro Número-Complemento DIOCESSANA 260 - NOVA BETÂNIA	36-Município MOSSORÓ	37-Cod. IBGE 56607130
02				42-Conselho Profissional	38-Cod. IBGE 56607130	39-CEP 40-Código CNES
03				43-Número do Conselho	41-UF	42-UF
04				44-UF	45-Código CBO/S	46-UF
05				47-Indicação de Acidente [L] O Acidente ou Doença relacionado ao Trabalho 1-Tênsio 2-Cúrcos	48-Tipo de Saída [L] 1-Reclamo 2-Reclamo SADET 3-Referência 4-Informação 5-Alta 6-Óbito	49-UF
Dados do Contratado Executante		31-Nome do Contratado 12361267009140		32-T. Log		
32-T. Log		33-Nome do Profissional/Especialista/Complementar [C] Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar		34-Nome do Profissional/Especialista/Complementar		
34-Nome do Profissional/Especialista/Complementar		35-Nome do Profissional/Especialista/Complementar		36-Nome do Profissional/Especialista/Complementar		
45-1-Uso de Agravamento [L] 1-Remoção 02-Penitencia Cirurgia 03-Terapias 04-Consulta 05-Esame 06-Alerjamento/ Dor/Inchaço 07-Remoção 08-Quimioterapias 09-Radioterapia 10-TRT Terapia Renal Substitutiva		46-Consulta Referência		47-Indicação de Acidente [L] O Acidente ou Doença relacionado ao Trabalho 1-Tênsio 2-Cúrcos		
49-Tipo de Doença [L] A-Agua C-Cronica		50-Tipo de Doença [L] A-Anos M-Meses D-Dias		51-Óite		
Procedimento e Exame Realizados		52-Hora Inicial		53-Hora Final		
01					54-Táboa	55-Código
02					56-Descrição	57-Óite
03					58-Via	59-Valor Adic/Ar-R\$
04					60-Valor Adic/Ar-R\$	61-Valor Unitário-R\$
05					62-Valor Total-R\$	
63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série		64-Observação		65-Óite		
64-Observação		66-Data e Assinatura do Prestador: 8440023633		67-Óite		
65-Total Procedimentos-R\$		66-Tíca, Taxas e Alugéis-R\$		67-Tíca, Materiais-R\$		68-Carta de Autorização
67-Óite		68-Óite		69-Óite		70-Total Gases Medicinais-R\$
68-Óite		69-Óite		70-Óite		71-Total Gera da Guia-R\$
69-Óite		70-Óite		71-Óite		72-Carta e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
70-Óite		71-Óite		72-Óite		

Mapvida

GUIA DE HONORARIO INDIVIDUAL

2. Nº 35904593

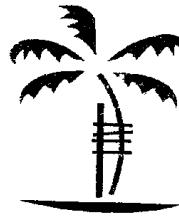
Nº Via: 2

Dados da Autorização		3-Nº Guia de Solicitação / Semana D09220729	4-Data de Emissão da Guia 17/05/2019							
Dados do Beneficiário		5-Número da Carteira 02K14000120006	7-Validade da Carteira							
Carteira do Beneficiário		6-Plano NOSO PLANO XII - 70037096	9-Número da Carteira Nacional de Saúde							
Carteira do Beneficiário		10-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12361267008440	11-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN							
Dados do Contratado / Ordem de Executado o Procedimento		12-Código da Operadora/CNPJ/CPF 11807245000141	13-Código CNES COOPERATIVA DOS MEDICOS ANEST.-COOPANEST-CE							
17-Cia Part		14-Nome do Profissional Executante	15-Código CNES 18-Nome do Profissional Executante							
19-Conselho Profissional		20-Número do Conselho	21-UF 22-Número do CPF							
Procedimentos Realizados		23-Data 01	24-Hora Inicial 2004	25-Hora Final 2004	26-Tabelá 30710014	27-Código FIOS OU PINOS METALICOS TRANSOSSEOS	28-Descrição	29-Quota 1	30-Via 31-Tec 32-% Reduzida-R\$ 33-Via Unificada-R\$	34-Valor Total-R\$
		02								
		03								
		04								
		05								
		06								
		07								
		08								
		09								
		10								
35-Total Geral Honorarios-R\$										
36-Observações										
Fone do Prestador: 8534566000										
37-Firma e Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
38-Data/Firma e Assinatura do Prestador										

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
Nº 1913747

DADOS DA AUTORIZAÇÃO					
3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO ANS - nº36.825-3	4 - SENHA 1705N9	5 - DATA VALIDADE DA SENHA	6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA		
DADOS DO BENEFICIÁRIO					
7 - NÚMERO DA CARTEIRA 02644100010006	8 - PLANO	9 - VALIDADE DA CARTEIRA			
10 - NOME Abel Icaro Moura Maia			11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE					
12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF	13 - NOME DO CONTRATADO Abel Icaro Moura Maia	14 - CÓDIGO CNES			
15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	16 - CONS. PROFISSIONAL	17 - N° DO CONSELHO	18 - UF	19 - CÓDIGO CGS	
DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO					
20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF	21 - NOME DO PRESTADOR				
22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletrônico <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - TIPO DE INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgia <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica	24 - REGIME DE INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS		
26 - INDICAÇÃO CLÍNICA <i>Pacientes com risco de falecimento.</i>					
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS					
27 - TIPO DE DOENÇA <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - TEMPO DA DOENÇA <input type="checkbox"/> A - Ano <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros			
30 - CID 10 PRINCIPAL G90.9	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)		
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS					
34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 30341.001.46	36 - DESCRIÇÃO DE HABIL. DE F20	37 - QTDE SOLIC.	38 - QTDE AUTORIZ.	
1					
2					
3					
4					
5					
OMP SOLICITADOS					
39 - TABELA	40 - CÓDIGO DO OPM	41 - DESCRIÇÃO OPM	42 - QTDE	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R\$
1					
2					
3					
4					
5					
DADOS DA AUTORIZAÇÃO					
45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP	46 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS	47 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA	48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ		
49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO				50 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS	
51 - OBSERVAÇÃO <i>(PQA)</i>					
52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL	54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO			
CÓD. 88595 600 bis. 50x1 - 1.912.001 A 1.942.000 - 04/16					





ORTHOS

ORTOPEDISTAS/TRAUMATOLOGISTA

Dr. Almícarde Lopes - CRM 3136
Dr. Antonio Pinheiro - CRM 1161
Dr. Danilo Lopes - 6906
Dr. Diego Arlei - 7406
Dr. João Firmínio - CRM 2517
Dr. Manoel Fernandes - CRM 2999
Dra. Nayara Souza - CRM 6726
Dr. Rodrigo Jales - CRM 4759
Dr. Tupinambá Nogueira - CRM 4017
Dr. Igo Waleiko - CRM 6429
Dr. Vicente Andrade - CRM 5592
Dr. Kálierte Gurgel - CRM 6766

Abelardo M. de Almeida

1998/06

Abelardo

M. de Almeida

fornece recibo a

Abelardo 30.11.0014

Dr. 585 (2441)

Dr. Manoel Fernandes da Silveira
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-RN 2999

4
5
19

Rua Pedro Velho, 320 - Santo Antônio - Mossoró/RN

Fone: 84 3314 7755 / 3316 0184 - Fax: 84 3317 3227 - E-mail: orthos-clinica@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809274790000049992177>

Número do documento: 1912121809274790000049992177

Num. 51810888 - Pág. 55



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 088.334.904-38 4 - Nome completo da vítima: Joséulton Rondinelly da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Joséulton Rondinelly da Silva 6 - CPF: 088.334.904-38
 7 - Profissão: Assistente de logística 8 - Endereço: Rua Francisca Mariano da Silva
 11 - Bairro: Santo Antônio 12 - Cidade: Mossoró
 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59681-490
 15 - E-mail: abelmairadv@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 84-8773-3770

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: CONTA: 6
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

PROTÓCOLO RECEBIDO

08 JUL 2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809283430000049992178

Número do documento: 1912121809283430000049992178

Num. 51810889 - Pág. 1

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchida (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção Indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Necessário reconhecer firma da assinatura.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTESMUNHAS

38	1 ^ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1 ^ª testemunha.
39	2 ^ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2 ^ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte, sem necessidade de reconhecimento de firma das assinaturas; e para beneficiários/vítimas não alfabetizados sendo, neste caso, necessário o reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

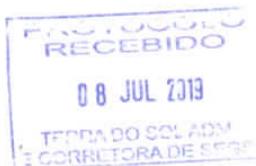
40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site: www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809283430000049992178>
Número do documento: 1912121809283430000049992178

Num. 51810889 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809283430000049992178>
Número do documento: 1912121809283430000049992178

Num. 51810889 - Pág. 3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN 10973 / 00267 Nº 013709114372

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO	
1	00254605940	*****	2017	
NOME				
FRANCISCA FRANCINEURA DA SILVA				
CPF / CNPJ	PLACA			
254.584.854-91	NUY0396			
PLACA ANT / UF	CHASSI			
NUY0396 / CE	9C2JC4110AR714894			
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL			
PASSEIERTO / MOTOCICLETA / RIO APLICAVEL	GASOLINA			
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.		
HONDA / CG 125 FAN KS	2010	2010		
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE		
0CV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA		
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS		
I R\$ 0.00	19/12/2017	1º PAGO		
P FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO		
V 002844 3X	R\$ *****	3º PAGO		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETAN: PAGO		DETAN: PAGO		
OBSERVAÇÕES				
MOTOR: JC41E1A714894 DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA				
LOCAL	DATA			
MOSSORÓ / RN	19/12/2017			
Siderney Rezende da Silva Coordenador de Registro de Veículos DETAN - RN EXPEDIDOR				

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

RN Nº 013709114372 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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO		
2017	19/12/2017		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	254.584.854-91	NUY0396	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
00254605940	HONDA / CG 125 FAN KS		
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2010	9	9C2JC4110AR714894	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

JUN 2017





Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912121809287570000049992179>
Número do documento: 1912121809287570000049992179

Num. 51810890 - Pág. 2

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, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190416020 **Vítima: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA**

Data do Acidente: 11/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

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: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000001468

Conta: 0000018249-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190469023 **Vítima: LUCICLEIDE FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 05/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCICLEIDE FERREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 joelho 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: LUCICLEIDE FERREIRA DA SILVA

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

Banco: **104**

Agência: **000003064**

Conta: **0000016600-5**

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0822292-58.2019.8.20.5106

AUTOR: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), 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, 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 10 (dez) 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 realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**



Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo 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.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 8 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0822292-58.2019.8.20.5106

AUTOR: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), 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, 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 10 (dez) 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 realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**



Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo 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.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 8 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



Assinado eletronicamente por: UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 08/01/2020 12:06:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010812060888800000050361828>
Número do documento: 20010812060888800000050361828

Num. 52490269 - Pág. 2