

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 na Rua Francisca Moraes da Silva, Nº 52, Santo Antônio, CEP: 59621-490, Mossoró/RN. Tel. (084)-98707-3319.

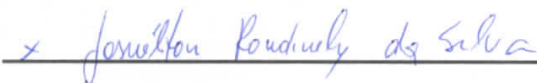
OUTORGADO: Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, Dr. URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. 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 juditia 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.

x 

OUTORGANTE

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



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 Moraes 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.

x Josueliton Rondinely da Silva
DECLARANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
002587564 SSP RN

CPF
088.334.904-32 DATA NASCIMENTO
20/09/1990

PERM. 1
NADA CONSTA

PERM. 2
FRANCISCA FRANCINEURA
DA SILVA

PERMISSÃO
[] ACC [] CATHAS
[] [] AB

Nº REGISTRO
05068472698

VALIDADE
16/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
04/11/2010

OBSERVAÇÕES
X 7

Josueliton Rondinely da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
21/07/2015

53081215276
RN702235574

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1157227051

PRODUTO PLASTIFICAR
1157227051



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 MOSSORO RN



7211307021390075426160624630290519

ZIP 59621-490



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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA 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: JOSUELTON 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 Moraes da Silva
Bairro: Santo Antônio
Telefone: (84) 98707-3319 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário 254.584.854-91
Renavam 00254605940
Número do Chassi 9C2JC4110AR714894
Cor VERMELHA
Município Veículo Mossoró
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NUY0396
Número do Motor JC41E1A714894
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Confira em <https://selodigital.trn.jus.br> Selo Digital RN201900991930003323RNW Mossoró/RN, 28/06/19

EMOL R\$ 2,73, ISSQN: R\$ 0,14, TOTAL R\$ 2,97

☒ Maria Luíza Fontes Silva Azevedo TABELIA
☒ Maria Luíza Fontes SUBSTITUTA
☒ Denis Fontes de Melo Sousa SUBSTITUTO
☒ Isaias Prata de M. Júnior SUBSTITUTO
☒ Douglas Fontes de Melo SUBSTITUTO



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Sérgio Glaydson 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.trn.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 - Conhecita Ciarlini (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
Matr. 203.327-8

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-Denúnciação 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.tjrj.jus.br> Selo Digital:
RN2019009419300033222 FEO 2018
Mossoró/RN, 18 / 06 / 2019
EMOL. R\$ 2,83, ISSQN: R\$ 0,14, TOTAL R\$ 2,97.

Mossoró Cartório Quarto Ofício de Notas
Rua Jerônimo Rosário, 74 Centro Mossoró-RN
CNPJ: 08.461.418/0001-70 Fone: (84) 3321-6610

☒ Maria Lucivani Fontes Silva Azevedo TABELIA
☒ Maria Lucimar Fontes SUBSTITUTA
☒ Denis Fontes de Melo Sousa SUBSTITUTO
☒ Isaias Prata de M. Júnior SUBSTITUTO
☒ Douglas Fontes de Melo SUBSTITUTO



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

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:27

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092705300000049992176>

Número do documento: 19121218092705300000049992176

Num. 51810887 - Pág. 2

UPA - Conhecita Clarital
Contato com o original
Data: 12/12/19
Assinatura: [assinatura]
Arquivo

pequeno

Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade:

UPA CONHECITA CIARLINI

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: **387548**

Atendimento Nº:

633424

Nome:

JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

Idade:

20/09/1990 (28a 5m)

Sexo:

Masculino

Cartão SUS:

704800091771641

Nome da Mãe:

FRANCISCA FRANCINEURA DA SILVA

Profissão:

ATENDENTE DE TELEMARQUI

Endereço (Rua/Av.):

R. FRANCISCA MORAIS DA SILVA

Nº:

62

Complemento:

Bairro:

SANTO ANTONIO

Cidade:

59621-490 MOSSORO RN

Estado:

Telefone:

987073319

Clinica:

CLINICA MEDICA

CPF do paciente: **088.334.904-32**

Rubrica Servidor:

11/03/2019

00:50

PRONTO ATENDIMENTO

VELUZIA

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO:

() Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS ()

DM: ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____

SpO2: _____ HGT: _____

Punho D: alteração da morfologia (luxação do punho), dor intensa a movimentação.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório

() Radiológico

() ECG

() Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Prescrição

() Medicação

() Observação

() Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Saida: Data/Hora _____ / _____ / _____ às _____ h.

() Alta referido para UBS

() Óbito

() Outra Unid. Urgência

() Especialidade

() Internação no Hospital



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

- Encaminho ao MRTM.

Sâmara Pinto
MÉDICA
CRM-RN 9925

SA - Concheita Clarthal
Confere com o original
Mossoró - RN 09/04/19
MOURA
SAME - Arquivo

RECIBO DE RECEBIMENTO
Pelo(a) Sr(a) _____
em _____ de _____ de _____
por _____
Assinatura: _____





SESAP/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: FRAQCISCA 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

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:

Classificação:

PESO:

11/03/2019 01:08:55

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: paciente com trauma severo em MSD

Hora: 01:28

Paciente chegou nos serviços de emergência, após acidente moto-carro, vítima de colisão lateral com veículo motorizado, após colisão com veículo motorizado, vítima de colisão lateral com veículo motorizado, vítima de colisão lateral com veículo motorizado. Queixas de dor em punho direito.

A - vital sinais vitais normais.

B - mu + bilateralmente, com RA.

C - Entidade hemodinamicamente.

D - RCC 15, pupila anisocoria.

E - com a deformidade em punho direito associado a dor intensa.

Ed. Sinal de deformidade do antebraço.

Sinal de deformidade do antebraço.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

1) Valium 75 mg - 1 comp em água

Dr. Valdemir da S. Ferreira
Cirurgia Geral e Oncologia
CPF: 023.070.574-88
CRM-RN 5214

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

02:204

2) Tramadol 100 mg/200 mg + 50 0,9% - 100 mg

Dr. Valdemir da S. Ferreira
Cirurgia Geral e Oncologia
CPF: 023.070.574-88
CRM-RN 5214

02:204

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 09/04/2019

SAME / ARQUIVO

*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 11 de Março de 2019.

(Assinar e Carimbar)



ORTOPEDIA # 02:30

fratura 1/3 distal de pulso (D).

cd: Redução incruata.

Tala axilo-palmar.

Dr. Carlos C. Filho.

Dr. Nayara G. Souza
Ortopedista Traumatologia
CRM 30726

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
ME MOSSORÓ 09/04/2019
B1W
SAME / ARQUIVO





FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
57472580



ESTE PADRÃO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL... PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL				10/04/2019 08:02:19	
Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade	
13356	OSUELTON RONDINELY DA SILVA	M	20/09/1990	28	
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil		
	8633450432		2-SOLTEIRO		
Endereço					
R FRA... DRAIS DA SILVA,52 - SANTO ANTONIO, MOSSORO(RN) CEP 59621490					
Telefone Residencial		Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	REDEMAQUINAS COMER. E SERV. DE MAQUINAS		
255 H... MOSSORO	6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
02KK4...	11/11		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100... 1-BOBP MOSSORO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/03/2019	03:56		2 CONSULTA CLINICA
Médico	Genio	Clínica	
150310...	FRADIK MEDEIROS LIMA	1-MEDICA	
Médico	Responsante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO... CLINICA MEDICO			
R4310... GUELIANA DINIZ LIMA			



Pagina 1 de 1

11/03/2019 03:18

Paciente:	RENATA RONDINELY DA SILVA	Dr. Nascimento: 20/09/1990	Atendimento: 57472580	Prontuário: 13344693
Convênio:	UNDA MOSSORO	Posto:	Leito: /	
Profissão:	DILSON PRADIK MEDeiros LIMA CRM: 5997 [1]	Nº:	35150176	11/03/2019 às 03:14
ANAMNESE				
Queixa principal:	POSSIVEL FRATURA EM MSD FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO			[1]
Queixa secundária:				
Diagnóstico:	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>			[1]
CID10:	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO			[1]
Alergia:	Não			[1]
Doença crônica:	Não			[1]
Doença infecciosa:	Não			[1]
Doença infecciosa Familiar:	99			[1]
DIAGNÓSTICO				
CID10:	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO			[1]
CID10:	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO			[1]
CLASSIFICAÇÃO 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

Paciente: 13344693 Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Médico solicitante: DIXON FRAD DE MEDEIROS LIMA

Data: 11/03/2019 03:18

Sobre: Parecer/Justificativa

LA LUXACAO DO PUNHO DIREITO

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO - HAPVIDA MOSSORO - 11/03/2019 03:18



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

PARECER DO ESPECIALISTA

Página 1 de 1

ULTRA S	RV MED LTDA - HRF	10/04/2019 07:31		
Paciente:	ELTON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57472580	Prontuário: 13344693
Convênio:	ADA MOSSORO	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 310211/1	
Profissional:	JOAO FIRMINO DA SILVA NETO CRM 2517 [1]	Nº: 35152384	11/03/2019	às 06:29
DADOS:	PCR			
Parecer	<p>PARECER ORTOPÉDICO [1]</p> <p>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</p> <p>EXAME FÍSICO VIGIL, CONSCIENTE, DEAMBULANDO</p> <p>- 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</p> <p>EXAMES - RADIOGRAFIAS: LESÃO DO RÁDIO E ULNA. DESVIO VOLAR DOS FRAGMENTOS COM LESÃO ARTICULAR DO RÁDIO</p> <p>DIAGNÓSTICO - FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO</p> <p>CONDUTA: INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM CARATER DE URGÊNCIA MANter a IMOBILIZAÇÃO GESSADA SOLICITO AO DIRETOR TÉCNICO DESTE HOSPITAL QUE SEJA ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO</p> <p>JOÃO FIRMINO DA SILVA NETO CREMERN Nº 2.517</p>			



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA S.O. - CIV. MED LTDA - HRF

11/03/2019 07:46

Paciente:	LELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.:	20/09/1990	Atendimento:	57472580	Prontuário:	13344693
Convênio:	UNIDA MOSSORO	Posto:		Leito:	/		
Profissional:	ALLYSON KLEBER BESSA FILGUEIRA CRM 9350 [1]	Nº:	35154074	11/03/2019	às	07:45	
ANAMNESE							
Queixa Principal	POSSIVEL FRATURA EM MSD FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO						[1]
Queixa Secundária							
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>						[1]
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO						[1]
Alergia	Não						[1]
Medicamentos em Uso	Não						[1]
Antecedentes Patológicos Familiares	Nao						[1]
DIAGNÓSTICO							
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO						[1]
CID10	S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO						[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO							
Alta para:	Medicação E Cuidados						Alta após cuidados e/ou medicação [1]



ABEL ICARO MOURA MAIA
FERNANDES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 11/03/2019 07:46

Paciente: JOSILUION RONDINELY DA SILVA

Dr. Nasc.: 20091090

Atendimento: 57472580

1. RONA / 100 (500.00mg/ml)

1000mg

2x/di

(AMPL. C. 1000mg)

Agudo

IM

CRM: 9350

2. PROFENID IM (50.00mg/ml)

100mg

2x/di

(AMPL. C. 1000mg)

Agudo

IM

CRM: 9350

Profissionais: CRM-9350

ALLYSON KLEBER BESSA FILGUEIRA

RP1541

ALLYSON KLEBER BESSA FILGUEIRA

IP: 10.1.32.208

11/03/2019 07:46

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRASSOM RV MED LTDA - HRF

11/03/2019 07:54

Paciente:	HELETON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57472580	Prontuário: 13344693
Convênio:	UNIDA MOSSORO	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 310211/1	
Profissional:	ROSINEIDE MARIA DA SILVA ROCHA COREN 790001 [1]	Nº: 35154410	11/03/2019	às 07:53

SINAIS VITAIS			
Admissão de medicamento conforme prescrição e sob cuidados de enfermagem	Sim		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
Administração de medicamentos e medidas de suporte	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.		
AVALIAÇÃO	INSSCO		
Heimlich	Puerperal		[1]
Lesão de Pressão Adulto (Braden)			[1]
Lesão de Pressão Pediátrico (Braden Q)			[1]
Queimadura (Morse)			[1]
Queimadura (rumpley-Dumpty)			[1]
Ficção			[1]
Trombose Venoso Clínico			[1]



Prescrição

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 2

Emissão 25/03/2019 10:41

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIOS

1. DIFENCLOXAMP (500.00mg/ml)	1000mg	2x	AVEL (500MG)	Agora	IM	07:40
2. PROFENID IM (50.00mg/ml)	100mg	2x	(ASPI 100MG)	Agora	IM	07:40

Prescrição para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado.
Indica item checado.



7. Data de Emissão da Carta

14 - Associação Cultural
"30/26/09/10" - ULTRA SOLASTRATIDDA HIFI

12 Nome do Profissional Solicitante
DIXON FRADK MEDEIROS LIMA

27 - *Revista de Saçade*
1/03/2019 03:06

22 - *Carteira de Saçade*
U E - Eletoral - Uniprof. Curricular

23 - CID-10
S020

25 - Tabela 20 - Contorno do Processamento 21 - Descrição
C2 00010081 PARECEP DE OUTRAS ESPECIALIDADE

33 - Codigo da Ordem de Compra/Venda : 33-39-45F Logradouro Numero e Complemento : 35-16-Avenida

31 - Nome do Contratado : 37 - UF : 38-Cod. IBGE

32 - T. Log. : 39-CEP : 40-Código CNEC

Compensation: 2688915447

46	Indice de Acreditamento	01	Remoção	02	Pequena Cirurgia	03	Terapias	04	Cirurgia	05	Exame	06	Atendimento Doméstico
----	-------------------------	----	---------	----	------------------	----	----------	----	----------	----	-------	----	-----------------------

07- SADI Inimado 08- Quimioterapia 09- Radioterapia
10- TRS - Terapia Frenal Substutiva

49 - Tipo de Doença

50 - Tempo de Doença

A- Aguda C Crônica

A-Anos M-Meses D-Dias

51- Data	52- Hora Inicial	53- Hora Final	54- Teb.	55- Código do Procedimento	57- Cód.	58- Val. 59- 100- 60- %Red. 61- Valor Unitário	62- Valor Total
11/03/2019	11	3		00010081	1	PARECER DE OUTRAS ES	0,000

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO.

65 - Total Procedimientos - R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$
-----------------------------------	----------------------------

rentos - R\$

69 - Total Diarras - HS

70 - Total Gases Medicinais

71 - Total Geral da Guia - R\$

86 - Data e Assinatura do Solicitante

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Data e Assinatura do Prestador Executante

R3100 EME v1.11 DIXON FRADIK MEDE 11/03/2019 03:18 10.1.32.208

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA:02698915447, às 07:09BRT de 11/03/2019





ANTONIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) 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

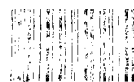
EDILMAR FERREIRA LESSA

15/03/2019 12:45

192.85.4.101







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

18/03/2019 08:31:58

Identificação	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13341633	JOSUELTON RONDINELY DA SILVA	M	20/09/1990	28
G	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	8833490432		2-SOLTEIRO	
Endereço				
FRANCISCA MORAIS DA SILVA 52 SANTO ANTONIO MOSSORO-RN CEP:59621490				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
957073319		FRANCISCA FRANCINEURA DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
6306-RECEPCAO EMG ADULTO			
Atendimento	Hora	Matrícula	Tipo Documento
13341633	04:48		
Médico Atendente		Clínica	
17318 JOAO FIRMINO DA SILVA NETO		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
17318 JOAO FIRMINO DA SILVA NETO		0 INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano	REDEMAQUINAS COMER. E SERV. DE MAQUINAS
2-HAPVIDA MATRIZ	14-ROSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
2KK4000120005011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Costo	Acomodação	Leito	
Guia	Procedimento	Sentença	Descrição
101720	99996665	D02516121	INTERNACAO
101720	30732025	D02516731	ENXERTO OSSEO
101720	30721199	D02516729	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 4
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 7
			Material - 99832715 - PLACA EM T 3,5mm inclui PARAFUSOS - QTDE: 1
101720	30721237	D02516730	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
34	32030118	IA2429242	RAIOX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS

ORIENT: MARIA SIMONE DE SOUSA



NOTA DE SALA

4616446

Atendimento:	57590910	Prontuário:	13344693	JOSELETON RONDINELY DA SILVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	Tipo Anestesia:	GERAL	
	30732026	ENXERTO OSSEO	30721199	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emissor:	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	Qtd	Código	Especificação	Qtd
31720	Materiais Médico-Hospitalares		34290	Medicamentos	
51373	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	39144	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	1
27935	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	35181	ANTAX 2ML AMPL 2 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	36811	ATROPINA 0.25 MG 1 ML AMPL 1 ML	4
31739	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	38008	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML 2.5 ML AMPL 2.5 ML	1
51063	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	48542	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
51065	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	48542	DIPRIVAN 20ML 20 ML AMPL 20 ML	6
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	40037	DORMONID 15 MG 3 ML AMPL 3 ML	1
27935	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2	40142	EFORIL AMPL 1 UD	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2	48674	IRUXOL BSN 30 GR BSN 30 GR	5
30674	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	2	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	42358	LANEXAT 0.5 MG 5 ML AMPL 5 ML	1
81868	CANETA DESCARTAVEL P/BISTURI - 1 UD	1	91529	NAROPIN SP 7.5MG 20 ML AMPL 20 ML	1
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA 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 DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
158860	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	3	43060	PROSTIGMINE 1 ML AMPL 1 ML	8
27136	COUPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	43293	RINGER CLAC ALTO 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 ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
76333	EXTENSOR 120CM C/2 VIAS - 1 UD	1	118970	ULIVA 2MG FRAP 1 UD	1
150523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
161608	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4 - ENV 1 UD	3			
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/50 PCT 1 UD	3			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
50854	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MI	3			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	7			
30660	LUVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	2			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	1			
30724	MAIHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	80			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/1RAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200			
97209	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3.5MM - 1 UD	5			
130925	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
143053	PLACA EM TREVO 3.5 INCLUI PARAFUSO - 1 UD	1			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
150186	SERINGA DESC. 60ML LUER LOCK (BICO ROSQUEADO) SERI 60 ML	1			
30836	SERINGA DESCARTAVEL 95 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4			
30967	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
31151	SONDA ENDOT. DESC. 8.0 C/BALAO - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	2			
147256	TRANSOITIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			



Arctostaphylos

500

21

Thammasak

[illegible]

U-52
li. 43

Dr. Igor R. Montenegro
Anestesiologista
CREMEC 20200



SPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 12:

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

DADOS 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 30721237 TRANSLADO DE MOSSORÓ	[1]

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



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

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

Profissional(is): ALANE ALVES DE FREITAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 2587274 Nº: 35371279 15/03/2019 às 05:23
[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		
Sector 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]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]
Kit Cirurgico 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]



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

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	Poslo: 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]
Checação Completa Dos Equipamentos	sim.	[1]
Antibiótico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[1]
Checação 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: Josuelton Romarley da Silva

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrição 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 sepe 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 hemotransusão? 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.H 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 Líder

Fernanda Regina Costa
202508 - F.Nr



ANTONIO
DENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

Emissão: 15/03/2019

Dr. JOSUELLTON RONDINELY DA SILVA

Dt. Nasc. 20/09/1990

Atendimento: 57590910

Invenção: HAPYDA MATRIZ

Nº Prescrição: 20811268

15/03/2019 às 12:40

Prontuário: 13344693

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA

Leito: 224/1

Peso: 70.00 kg

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

CRM-739

2. Hidratação Venosa

Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min

Acesso Periférico

CRM-739

3. SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20 gts

1g

500 ml

1FRAP (FRAP C/ 1GR)

8/8h

EV

20

CRM-739

4. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilad a

40mg

1FRAP (FRAP C/ 40MG)

24/24h

EV

06

CRM-739

5. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9 %

100mg

1FRAP (FRAP C/ 100MG)

8/8h

EV

30

CRM-739

6. DIFPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Agua Destilad a

1000mg

2ML (AMPL C/ 500MG)

6/6h

EV

18

CRM-739

7. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9 %

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

18

CRM-739

8. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilad a

10mg

2ML (AMPL C/ 10MG)

8/8h

EV

18

CRM-739

9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

Agua Destilad a

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

18

CRM-739

10. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA

Agua Destilad a

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

18

CRM-739

11. PUNÇÃO C/ JELCO

Agua Destilad a

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

18

CRM-739

12. SINAIS VITAIS

Agua Destilad a

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

18

CRM-739

13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

Agua Destilad a

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

18

CRM-739

14. RETIRADA DE DRENO DE PORTOXA

Agua Destilad a

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

18

CRM-739

15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

Agua Destilad a

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

18

CRM-739

16. COMPRESSÃO COM ETB

Agua Destilad a

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

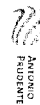
18

CRM-739

Profissionais: CRM-739 9

EDILMAR FERREIRA LBS

Dr. João Ricardo Rondoni Assis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16511 - 150110533



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Emissão: 15/03/2019 14:29

Paciente: JOSUELTON RONDINELY DA SILVA
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA

Dt. Nasç.: 20/09/1990
Nº Prescrição: 0020811268
Leito: 227T 3013 L
Peso: 70,00 kg

Atendimento: 5/7590310
15/03/2019 às 12:40

Prontuário: 13344693

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3gh	ORAL	15:00 ; 18:00 ; 21:00 ; 16:03-00:00 ; 16:03-03:00 ; 16:03-06:00 ;
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7,00 gts/min/ acesso Periférico
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (012)	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml	15:00 ; /
4. OMEPRAZOL (40.00mg)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	8/8h EV 20:00 ; 16:03-04:03 ;
5. PROFENID IV (100.00mg)	40 mg	1 FRAP (FRAP C/ 40MG)	24/24h EV 06:00 ; /
6. DILPIRONA AMP (500.00mg/ml)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h EV 20:00 ; 16:03-04:03 ;
7. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMP L C/ 100MG)	8/8h EV SN
8. PLAVIET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMP L C/ 10MG)	8/8h EV 14:00 ; 22:00 ; 16:03-06:00 ;
9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO	SN	SN	15:00 ;
10. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOLCHOADA	SN	SN	15:00 ;
11. PUNÇÃO C/ JELOO	SN	SN	15:00 ;
12. SINAIS VITAIS			
13.			

RP 1553

MARIA ADELENE ALBUQUERQUE PEREIRA 15/03/2019 14:29

IP: 192.168.4.101

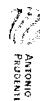
Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:28

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. 26



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Emissão: 15/03/2019 14:29

Paciente: JOSUELLTON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57550910	Prontuário: 13344693
Convenção: HAPYDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0020811268	15/03/2019 às 12:40	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA	Leito: 224/1	Peso: 70.00 kg	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
HORÁRIOS			
GELIO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS			
14 RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN	15.00	:
15 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO		15.00	:
16 COMPRESSÃO COM ÉTER	SN		
Alta em: 16/03/2019	ALTA MELHORADO		
Alta dada por: EDILMAR FERREIRA LESSA			
Reservado para o SN			
ENTEROFIX	Ass.		

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

RP1531

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

IP: 192.85.4.101

1ª Maria A. P. Costa
Ass. 15/03/2019
Ass. 15/03/2019



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=19121218092747900000049992177>

Número do documento: 19121218092747900000049992177



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

Emissão: 15/03/2019 14:29

Paciente: JOSUELTON RONDINIELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA	Nº Prescrição: 002081268	15/03/2019 às 12:40	
	Leito: 224/1	Peso: 70.00 kg	

GASTOS

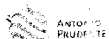
PLAQUET	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3	SONDA ASP TRAQUEAL 69-1 UD	1	CEFALOTINA SODICA	
	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML	3	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50	1	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMP 10 ML	2
	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	COLUTOR DE URINA SIMPLES ADULTO - 1 U	1	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
	PLAQUET 10MG 2 ML AMP 2 ML	3	Redução De Dreno De Portovac		ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	ATAJURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1	KEFazol 1 UD	2
	DIPIRONA AMP				ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8
	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP 20 ML	3	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	50	HV Val Total: 500.00 Vite:	
	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	1
	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	CLOROXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	20	TOXIGENIA 30 VAS - 1 UD	1
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	SORO FISIOLOGICO 0.9% 1000 ML AMP 5	5	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1
	DIPIRONA 1 G 2 ML AMP 2 ML	3	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRA 10	1		
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	LAMINA DE BISTURI 11 - 1 UD	1		
	PROFENID IV		ESPALAPAO TUBO 450 CM	30		
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	Curativo Medio-Straze Acetohada			
	PROFENID 100MG VTRAP 1 UD	2	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1		
	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3		
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	30		
	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	SORO FISIOLOGICO 0.9% 1000 ML TUBO 100 ML	1		
	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	LUVA DESC ESTERIL N.7.5 - 1 PA	1		
	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRA 30	30		
	SORO FISIOLOGICO 0.9% 1000 ML TUBO 100 ML	2	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	50		
	Punção C/ Jelco		TRANSOFIX - 1 UD	1		
	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	Curativo Com Atadura E Gaze Acetohada Medi			
	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	15	GAZE ACOLCHADA 15X40 PCT 40 CM	2		
	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	ATAJURA DE CREPOM 30 CM - 1 UD	2		
	INIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1	OMEPRAZOL			
	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10		
	EXTENSOR MULTIVAS 2 VAS - 1 UD	1	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4		
	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1	OMEPRAZOL 40MG FRAP 1 UD	1		
	CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1		
	Sondagem Vesical De Alivio		LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3		
	XYLOCAINA GEL 2% 30 GR	5	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1		
	LUVA DESC ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1				

RP 1531

MARIA MERIENE ALBUQUERQUE PEREIRA 15/03/2019 14:29

IP: 192.88.4.101

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



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1.
16/03/2019 03:00 AM
101532 02

Paciente: JOSUELTON RONDINELY DA SILVA	DT. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convenio: HAPVIDA MÃTRIZ	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
PADRAO RESPIRATORIO	Manhã	Tarde	Noite
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Manhã	Tarde	Noite
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Helida Silva de Oliveira
COREN 547741



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 N° Prescrição: 20804094 15/03/2019 às 05:18
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2 Enfermeiro(a): RANISCA THACIANE FERREIRA I
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

Letícia



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
15/03/2019 05:25

Paciente: JOSUELTON 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 CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	Enfermeiro(a): RANISCA 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
-----------------------------	-------	-------	-------	-------

[Handwritten signature]



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
15/03/2019 05:23 AM
p1552_02

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 20804051	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 CONFOR	Mantido		
6 - OFERECER			
APOIO PSICOLÓGICO	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Fernanda Regina Gadelha
COREN-CE 262568 - FMS



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	as 01:20

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolution de enfermagem	#PLANTÃO SN	[1]
<p>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, VERNBALIZA NHBS, COOPERATIVO, AVP PERVO EM MSE EM HV, AUSÊNCIA DE SINAIS FLOGISTICOS. DIETA VO GERAL. VERIFICADO SSVV CPM. ELIMINAÇÕES PRESERVADAS.</p> <p>SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.</p> <p># GERENCIAMENTO DE RISCO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES ELEVADAS. - RISCO DE FLEBITE: OBSERVAR SINAIS FLOGISTICOS. 		
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=19121218092747900000049992177>

Número do documento: 19121218092747900000049992177

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 ANTEBRACO. NO MOMENTO NO MOMENTO, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERNBALIZA NHBS, COOPERATIVO. AVP PERVIO EM MSD EM HV, AUSENCIA DE SINAIS FLOGISTICOS. PELE INTEGRAL EM RELAÇÃO A LPP. ORIENTADO DIETA ZERO. ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS AUSENTES NO PERÍODO. RELIZADO CUIDADOS PRE-OPERATORIOS, RELIZADO HIGIENIZAÇÃO COM DEGERMANTE, RETIRADO ROUPAS E ADEREÇOS. AGUARDA PROCEDIMENTO COM DR JOAO ROLIM, SEGUE 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 O2 96 [1]




EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 14:55

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): MARIA MEIRENE ALBUQUERQUE PEREIRA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 559488 [1]	Nº: 35397429	15/03/2019 às 14:48	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
Evolução de enfermagem	#PLANTÃO MT 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, VERBALIZA NHBs, COOPERATIVO, AVP PERVIO EM MSE EM HV, AUSENCIA DE SINAIS FLOGISTICOS. DIETA VO GERAL. ELIMINAÇÕES PRESERVADAS. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	[1]
ALERGIAS		
Alergias	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Flebite	Sim	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Marlene A. P. Costa
Enfermeira
COREN-CE 559.488



Paciente: JOSUELTON RONDINI L DA SILVA

Dt. Nasc. 20/09/1990

16/03/2019 às 08:31

Atendimento: 57590910

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 20822472

16/03/2019 às 08:31

Prontuário: 3344693

Posto: POSTO 3B

Leito: 3013B/1

Peso: 70.00 kg

1. DTA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

33h ORAL

CRM-12051

2. Hidratação Venosa Fase Única

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

3. PLAVET (5.00mg/ml)

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

4. FROFENIDIV (100.00mg)

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

5. DIFERONA AMP (500.00mg/ml)

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

6. ONIPRAZOL (40.00mg)

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

7. SONDAGEM VESICAL DE ALIWO

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

8. CURATIVO MEDIO+SI+GATE ACOCHADA

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

9. PUNÇÃO C/ JEICO

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

10. SINAIS VITAIS

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

11. CELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

12. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

13. CURATIVO COM ATADURA E GATE ACOCHADA MEDIO

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

14. COMPRESSÃO COM ETER

20.83

Vol. Total

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-12051

Profissionais: CRM-12051

JOSÉ NEIAS ARAÚJO RIBEIRO

Dr. José Neias A. Ribeiro
Cirurgião / Pneumologista
CRM-12051 / RBO 1604

Atm A 16h

RP1541

JOSÉ NEIAS ARAÚJO RIBEIRO

IP: 192.85.4.101

16/03/2019 08:32

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão: 16/03/2019 10:51

Paciente: JOSUELLTON RONDINELY DA SILVA
 onvenio: HAPVIDA MATRIZ
 Posto: POSTO 3B

Dt. Nasc.: 20/09/1990
 Nº Prescrição: 0020822472
 Leito: 3013B/1
 Atendimento: 5/590910
 16/03/2019 às 08:31
 Peso: 70.00 kg

Prontuário: 13344693

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

HORÁRIOS

09:00 ; 12:00 ; 15:00 ; 18:00 ;
 21:00 ; 17/03 - 00:00 ; 17/03 - 03:00 ;

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min Acesso Periférico 15:00 ;

SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.83 ml/Kcal/dia

3. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

500 ml
 2 ML (AMPUL C/ 10MG)
 18 ml

8/8h EV

14:00 ; 22:00 ; 17/03 - 06:00 ;

1. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0.9%

100 mg
 1 FRAP (FRAP C/ 100MG)
 100 ml

8/8h EV

20:00 ; 17/03 - 04:00 ;

3. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000 mg
 2 ML (AMPUL C/ 500MG)
 18 ml

6/6h EV

18:00 ; 17/03 - 00:00 ; 17/03 - 06:00 ;

3. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilada

40 mg
 1 FRAP (FRAP C/ 40MG)
 18 ml

24/24h EV

06:00 ;

7. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

3. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA

SN

10:00 ;

3. PUNCAO C/ JELCO

SN

10:00 ;

3. SINAIS VITAIS

1. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

10:00 ;

2. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

10:00 ;

1. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

10:00 ;

1. COMPRESSAO COM ÉTER

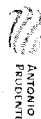
SN

FP1531

TAINA MENDES TAMBOREL

16/03/2019 10:51

IP: 192.85.4.101



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 2 de 3

Emissão 16/03/2019 10:51

Paciente: JOSUEILTON RONDINELY DA SILVA

Dt. Nasc.: 20/09/1990

Atendimento: 57590910

Prontuário: 13344693

Convento: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 0020822472

16/03/2019 às 08:31

Posto: P-POSTO 3B

Leito: 3013B/1

Peso: 70.00 kg

Reservatório e STD

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

RP1537

TAINA MENDES TAMORIL

16/03/2019 10:51

IP: 192.168.4.101



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=19121218092747900000049992177>

Número do documento: 19121218092747900000049992177

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 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 1º PO DE
FRATURA DE PUNHO DIREITO. VEIO CONSCIENTE, ORIENTADO,
EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERBALIZA NHBs, COOPERATIVO,
AVP PERVIO EM MSE EM HV, AUSÊNCIA DE SINAIS FLOGÍSTICOS.
DIETA VO GERAL.
VERIFICADO SSVV CPM.
ELIMINAÇÕES PRESERVADAS.
SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.
GERENCIAMENTO DE RISCO:
- RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES ELEVADAS.
- RISCO DE FLEBITE: OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS.
ENCONTRA-SE DE ALTA HOSPITALAR.

AValiação DE RISCO

Flebite Sim [1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico Sim [1]

Vanessa Viana

Coren 454354



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 12:

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

TIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
----------------	---	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

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 10293





EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

15/03/2019 12:44

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA	Dt. Nasc.: 20/09/1990	Atendimento: 57590910	Prontuário: 13344693
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: 224/1	
Profissional(s): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7389 [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 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=19121218092747900000049992177>

Número do documento: 19121218092747900000049992177

Num. 51810888 - Pág. 41

15/03/2019 12:30

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: JOSUELITON RONDINELY DA SILVA

Dt. Nasc.: 20/09/1990

Atendimento: 57590910

Prontuário: 13344693

Procedimento: HAPVIDA MATRIZ

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

Médico(a): 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 RADIO	[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arsenau
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10511 - TEO: 10299



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

16/03/2019 08:22

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): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO, MÉDICO, CRM 12051 [1]		Nº: 35427095	16/03/2019 às 08:22
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO			
Evolução Do Paciente	2 PO. PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE 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 RADIO		[1]
ESPECIFICAÇÃO			
Geral	ALTA HOSPITALAR. ACOMPANHAMENTO EM AMBULATORIO		[1]



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO 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] JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO, MÉDICO, CRM 12051 [2]			Nº:	35391377	15/03/2019	às 12:46

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



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 3

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 13:31

Paciente: JOSUELTON 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 Nº: 35371284 15/03/2019 às 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

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/03/2019 13:31

Paciente: JOSUELTON RONDINELY DA SILVA

Dt. Nasc.: 20/09/1990

Atendimento: 5/590910

Prontuario: 13344693

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

DIREITO CURATIVO LIMPO. EVOLUI
CONSCIENTE. ORIENTADO. NORMOCARDICO. NIVEL PRESSORICO
ESTAVEL. PA: 156X86MMHG. FR: 20R. PM. FC: 63BPM. SAT02: 98%. T: 36C. S
EQUE EM OBSERVACAO ENFA. MARTA MARIA 350020

[Handwritten signature]
Marta Maria





FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 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		
Profissional(is):	ALANE ALVES DE FREITAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 2587274 Nº: 35371284 15/03/2019 às 05:26 [1] FERNANDA REGINA GADELHA, ENFERMEIRO(A), COREN 262568 [2]						
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							
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]



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

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092747900000049992177>

Número do documento: 19121218092747900000049992177

Num. 51810888 - Pág. 47

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	integrar	[1]
Início Da Anestesia	10:45	[1]
Término Da Anestesia	12:40	[1]
Início Da Cirurgia	11:10	[1]
Término Da Cirurgia	12:40	[1]
Instrumentador	toinha particular e tereza ortogeneses	[1]
Circulante	alane 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 Acrescentadas 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 osseo 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 ciente 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 ciente seguem sem nem um intercorrência.	

PÓS-OPERATÓRIO		
-----------------------	--	--



ANTONIO
PRUDENTE

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	integrar						[1]
Início Da Anestesia	10:45						[1]
Término Da Anestesia	12:40						[1]
Início Da Cirurgia	11:10						[1]
Término Da Cirurgia	12:40						[1]
Instrumentador	toinha particular e tereza ortogeneses						[1]
Circulante	alane 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 Acrescentadas 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 osseo com dr joao rolim anestesia geral com dr igor acesso no lado esquerdo placa na costela esquerda nega alergia pulsira conferida a aliança dele foi contada pelo cirurgiao joao rolim paciente ciente que teria que corta a aliança foi conta e entregrei a acompanhante cristina da s.de melo foi explicado tambem para ela porque foi contada e equipe toda ciente seguem sem nem um intercorrência.						[1]
PÓS-OPERATÓRIO							



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. 49



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

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092747900000049992177>

Número do documento: 19121218092747900000049992177

Num. 51810888 - Pág. 50

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



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

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

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10511 - 2017
CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: JOSUELITON 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

Data : 15/03/2019

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Fc cêutico Data: / /

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

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

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

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10511 - 2017
CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: JOSUELITON 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

Data : 15/03/2019

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



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

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092747900000049992177>

Número do documento: 19121218092747900000049992177

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

ANTONIO
PRUDENTE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS

CRM: 10511 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055-5401 Tel. 32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

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

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM-CE 10511-7
CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

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

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

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

ANTONIO
PRUDENTE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS

CRM: 10511 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055-5401 Tel. 32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

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

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM-CE 10511-7
CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Data : 15/03/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

Data : 15/03/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Epiphyte

2-Nº 35904593

Análise Autorizada



2. N° 35904593

Nº Via: 2

Dados da Autorização						3-N Guia de Solicitação /Senha D092200729						4-Data de Emissão da Guia 17/05/2019					
Dados do Beneficiário						6-Plano NOSSO PLANO XII - 700370956						7-Validade da Carteira					
5-Número da Carteira 02KK4000120006						8-Nome do Beneficiário JOSUELTON RONDINELY DA SILVA						9-Número da Carteira Nacional de Saúde					
10-Código do Operador/CNPJ/CFF 12361267009140						11-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODOLFO FERN						12-Código CNES					
13-Código do Operador/CNPJ/CPPF 11807245000141						14-Nome do Contratado Executante COOPERATIVA DOS MEDICOS ANEST.-COOPANEST-CE						15-Código CNES					
17-Cidade Part						18-Nome do Profissional Executante						16-Tipo de Acomodação Autorizada					
19-Conselho Profissional						20-Número do Conselho						21-Uf					
22-Número do CPF																	
Procedimentos Realizados																	
23-Data	24-Hora Inicial	25-Hora Final	26-Tabela	27-Código	28-Descrição	29-Qtdes	30-Via	31-Tec	32-%Red/Acre-R\$	33-Valor Unitário-R\$	34-Valor Total-R\$						
01			2004	30710014	FIOS OU PINOS METALICOS TRANSOSSEOS	1											
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
35-Total Geral Honorários-R\$																	
36-Observação																	
Fone do Prestador: 8534566000																	
37-Carteira e Assinatura do Prestador																	
38-Data/Lua e Assinatura do Beneficiário ou Responsável																	

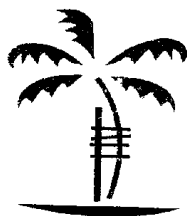
Fone do Prestador: 8534566000

38- Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

ANS - nº36.825-3		3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 17/05/19		4 - SENHA		5 - DATA VALIDADE DA SENHA		6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA	
7 - NÚMERO DA CARTEIRA 03244000100006				8 - PLANO				9 - VALIDADE DA CARTEIRA	
10 - NOME FRAVELINO ROBERTO DE JESUS				11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE					
12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF				13 - NOME DO CONTRATADO				14 - CÓDIGO CNES	
15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				16 - CONS. PROFISSIONAL		17 - Nº DO CONSELHO		18 - UF	
19 - CÓDIGO CSOS									
20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF				21 - NOME DO PRESTADOR					
22 - CARACTER DA INTERNAÇÃO E - Eletiva U - Urgência/Emergência		23 - TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínico 2 - Cirurgia 3 - Obstetrícia 4 - Pediatría 5 - Psiquiatria		24 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar		25 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS			
26 - INDICAÇÃO CLÍNICA Paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise.									
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS									
27 - TIPO DE DOENÇA A - Aguda C - Crônica		28 - TEMPO DA DOENÇA A - Anos M - Meses D - Dias		29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros					
30 - CID 10 PRINCIPAL 58.2.51		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)			
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS									
34 - TABELA		35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		36 - DESCRIÇÃO				37 - QTDE. SOLIC.	
1		30.71.001.4		DEMANDE DE PRO					
2				C/ou acompanhamento					
3									
4									
5									
OPM SOLICITADOS									
39 - TABELA		40 - CÓDIGO DO OPM		41 - DESCRIÇÃO OPM		42 - QTDE.		43 - FABRICANTE	
1									
2									
3									
4									
5									
DADOS DA AUTORIZAÇÃO									
45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP		46 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS		47 - TIPO ACOMODACÃO AUTORIZADA		48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ			
49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO								50 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS	
51 - OBSERVAÇÃO (PQA)									
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 bls. 50x1 - 1.912.001-A 1.942.000 - 04/16





ORTHOS

ORTOPEDISTAS/TRAUMATOLOGISTA

Dr. Almirante Lopes - CRM 3136
Dr. Antonio Pinheiro - CRM 1151
Dr. Danilo Lopes - 6906
Dr. Diego Ariel - 7406
Dr. João Firmino - CRM 2517
Dr. Manoel Fernandes - CRM 2999
Dra. Nayara Souza - CRM 6726
Dr. Rodrigo Jales - CRM 4759
Dr. Tupinambá Nogueira - CRM 4017
Dr. Igo Walesko - CRM 6429
Dr. Vicente Andrade - CRM 5592
Dr. Kárlente Gurgel - CRM 6766

Manoel de C. N.

1. A. M. de C.

silvestre

Receita Fio

Sancta Recolo S

Código 30.71.001.4

(X) 150.5 (PQA)

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

[Handwritten signature]

*14
5
19*

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

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



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: Josueliton Romdinely da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Josueliton Romdinely da Silva 6 - CPF: 088.334.904-38
7 - Profissão: Assistente de logística 8 - Endereço: Rua Emmanuca Moraes da Silva 9 - Número: 58 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santo Antônio 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59621-490
15 - E-mail: abelmaiaadv@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: ☒ RECLUSO 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: JTAU
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1468 CONTA: 18249 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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 discorde 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: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MOSSORÓ 05/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (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	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTESMUNHAS:

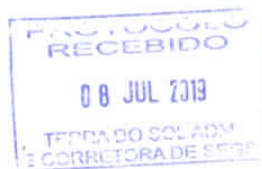
- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte, sem necessidade de reconhecimento de firma das assinaturas, e para beneficiários/vítimas não alfabetizados sendo, neste caso, necessário o reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10973 // 00267 Nº 013709114372
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00254605940 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
FRANCISCA FRANCINEIRA DA SILVA

CPF / CNPJ
254.584.854-91

PLACA
NUY0396

PLACA ANT / UF
NUY0396 / CE

CHASSI

9C2JC4110AR714894

ESPÉCIE TIPO
PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / OUTRO APLICÁVEL

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / CG 125 FAN KS

ANO FAB.
2010

ANO MOD.
2010

CAP / POT / CIL
0CV / 124 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
19/12/2017

VENC. / COTAS
1º PAGO

FAIXA I.P.V.A.
002844 3X

PARCELAMENTO / COTAS
R\$ *****

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JC41E1A714894 DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL
MOSSORÓ / RN

DATA
19/12/2017

Sidney Roberto da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - 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

VIA
1

CPF / CNPJ
254.584.854-91

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
19/12/2017

RENAVAM
00254605940

MARCA / MODELO
HONDA / CG 125 FAN KS

ANO FAB.
2010

CAT. TARIF.
9

Nº CHASSI
9C2JC4110AR714894

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO
☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

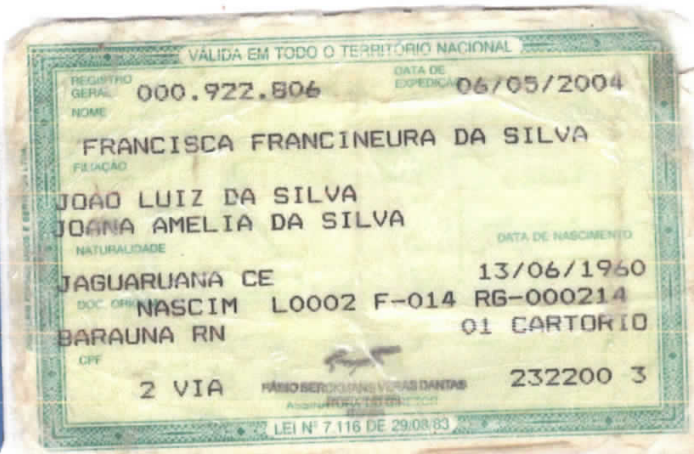
JUN / 2017



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

https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092875700000049992179

Número do documento: 19121218092875700000049992179





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ABEL ICARO MOURA MAIA - 12/12/2019 18:09:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121218092911800000049992180>

Número do documento: 19121218092911800000049992180

Num. 51810891 - Pág. 1



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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 nº 11.419/06)





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 nº 11.419/06)

