



Número: **0806429-28.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **04/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.045,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JEAN CARLOS DOS SANTOS (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56003926	22/05/2020 21:03	Habilitação em processo	Petição
56090608	22/05/2020 21:03	2720885_CONTESTACAO_01	Contestação
56090611	22/05/2020 21:03	2720885_CONTESTACAO_Anexo_02_PARTE 1	Documento de Comprovação
56090613	22/05/2020 21:03	2720885_CONTESTACAO_Anexo_02_PARTE 2	Documento de Comprovação
56090616	22/05/2020 21:03	2720885_CONTESTACAO_Anexo_03	Procuração
56090618	22/05/2020 21:03	2720885_CONTESTACAO_Anexo_04	Documento de Comprovação

PETIÇÃO E DOCUMENTOS ANEXOS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN

Processo: 08064292820208205106

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEAN CARLOS DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 14/11/2019.

A parte autora apesar de reconhecer que recebeu verba indenitária em sede administrativa, tenta levar esse Juízo a erro, vez que ao contrário do alegado o pagamento efetuado foi no importe de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.



Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC⁴.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁶

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

⁴“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do Convênio de nº01/2013 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT. Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos com endereço à Rua São José, nº 90, Grupo 810 a 812, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP:20.0010-020, Tel: 21-3265-5600, corporativo@joaobarbosaadvass.com.br e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do **DR. LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**, inscrito sob o **nº11929 - OAB/RN**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 13 de maio de 2020.

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN 980-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**, inscrita na OAB/RN sob o nº 11.929 e **ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA**, inscrita na OAB/RN sob o nº 12.140, com escritório na Rua João da Escóssia, 196, Nova Betânia, Mossoró - RN, CEP 59.607-330, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JEAN CARLOS DOS SANTOS**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **MOSSORO**, nos autos do Processo nº 08064292820208205106.

Rio de Janeiro, 13 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RN 980-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN CARLOS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01102-9

CONTA: 000000020258-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2704202005000000000023701102000000020258168750 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149329 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+FIO+PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.
(P3,11,29,31,41,48,54,90,95,102)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: SEM LAUDO DE IML.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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

20/10/2019 13:43:02

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9576012	JEAN CARLOS DOS SANTOS	M	08/05/1974	45
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1469666 SSP RN	96962119453		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R HERCULANO COUTO 2039 BARROCAS MOSSORO-RN CEP:59000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988543340		RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
20/10/2019	13:24		
Médico Atendente	Clínica		
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	4-CIRURGICA		
M. Acompanhante	Tipo Atendimento		
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	CONTROL CONSTRUCOES LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
95202000115002016		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
Ci 10 CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	02	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
12828107	99996666	D35654139	INTERNACAO
12828107	30727138	D35655211	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) -
			TRATAMENTO CIRURGICO
12828107	30732026	D35655134	ENXERTO OSSEO
12828107	30728126	D35655133	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
12828107	30728142	D35655138	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

ALERGIA

RISCO QUEDA

MARA FERREIRA MIRANDA



ANTONIO
PRUDENTE

Nome: Jean Carlos dos Santos Data: 20/12/19
Idade: 45 anos Sexo: M
Profissão: 9576012 Correlato: MAP
Diagnóstico: Fúncula de transição
Cirúrgico: Dr. Daniel W. Schimpf Anestesiado: sedado
Cirúrgico: Dr. Daniel W. Schimpf Anestesiado: sedado
At: 62778983

Liquidos

The sketches are drawn on a grid. The bird's head is on the left, showing a profile with a beak and eye. The wing is on the right, showing the primary feathers.

DROGAS		EFFECTO	
1	Alcohol	9	Manejo de
2	Alcohol	10	Manejo de
3	Alcohol	11	Manejo de
4	Alcohol	12	Manejo de
5	Alcohol	13	Manejo de
6	Alcohol	14	Manejo de
7	Alcohol	15	Manejo de
8	Alcohol	16	Manejo de
9	Alcohol	17	Manejo de
10	Alcohol	18	Manejo de

LIQUIDOS	VOLUME	PENHAS	VOLUME	SALARIO	Emprego:	Ora	Não	Morim
					Residência:	Espora	Azulej.	Morim
					Absorvedor de:	Sem	Dops	
					Posição:	Sucesso	Local da Prancha	(S. 4)
					Açúcar:	270	Técnicas	
					Lado:	Os 60	Fina:	84.00
					Quanto:	1m		

Condição final opt:

~~Internarrânotas psc/op:~~



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 04:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS, MÉDICO, CRM 15346 [1]

Nº: 45789271 21/10/2019 às 03:57

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S823	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S823	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	21/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	03:57	[1]
Cirurgia	TTO CIRÚRGICO FX OSSOS DA PERNA COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR À DIREITA	[1]
Cirurgião	DR DANIEL DESCHAMPS	[1]
1º Auxiliar	DR JANIO ALVES	[1]
2º Auxiliar		[1]
Anestesista	DRA ROSA	[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA. ASSEPSIA + ANTIASSEPSIA. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS OPERATÓRIOS. OBSERVO IMPORTANTE EDEMA DE PARTES MOLES NA PERNA DIREITA, PORÉM SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL NO MOMENTO. APOSICIONO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO COM 1 PINO PROXIMAL NA TÍBIA + 1 PINO NO CALCANEIO + 1 PINO NO 1ºMTT DIREITO. REALIZO REDUÇÃO INCRUENTA SOB ESCOPIA. CONFIRMO REDUÇÃO SOB ESCOPIA. REDUÇÃO ACEITÁVEL. CURATIVO ESTÉRIL. OBSERVO BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS PROCEDIMENTO. AGUARDO AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO TRAUMA SOBRE POSSÍVEL NECESSIDADE DE SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO.	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30727189: TTO CIRURGICO DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO	[1]

DR DANIEL DESCHAMPS
MÉDICO
CREMEO 15346

CRM: 20234 RQE: 9448
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
Dr. Jânio Alves

Dr. Jânio Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 20234 RQE: 9448



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de

OSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 03:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772349 20/10/2019 às 14:40
 MARIA SILVANIA MORAES MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 879196 [2]
 MARIA SILVANIA MORAES MELO COREN 879196 [3]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	À DEFINIR	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA DIREITA	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMG CIRURGICA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Exames Complementares	Sim. LAB + RX + TC + ECG.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	Não.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[3]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[2]
Via Aérea Difícil	Não.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[3]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[3]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[3]
Paciente Certo	sim.	[3]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[3]



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 03:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Procedimento	sim.	[3]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[3]
Checação Completa Dos Equipamentos	sim.	[3]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[3]
Checação Completa Das Medicções Anestésicas	sim.	[3]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[3]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[3]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[3]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[3]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	sim.	[3]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[3]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[3]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[3]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	sim	[3]

Silvania





ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO

Paciente:

João Carlos dos Santos, 45 anos

20.10.19
UF 12.586

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrição médica 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.	☐	☒	
Apazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepe verificar a existência do fluxo administrativo.	☒	☐	
Medicações chegadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipos, sonda e BICs.	☒	☐	
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	☒	☐	
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.	☐	☒	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.	☐	☒	
Procedimentos de enfermagem tais como: (curativos, punção venosa, sondagens, AVAS e etc). E procedimentos médicos como: (paracentese, drenagem de tórax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?	☒	☐	LAOP
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)	☐	☒	

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do enfermeiro Líder



ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

4046.2

Página 1 de 1
Emissão: 21/10/2019 04:27

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc. 08/05/1974

Atendimento: 628/8983

Convênio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 24280645

21/10/2019 às 03:02

Prontuário: 085/6012

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPTOR

Telex: 13341012

Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

33h ORAL

CRM-15346

2. Hidratação Venosa Fase Única

20.83

Vol. Total 500 ml
ml/cálculo 500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-15346

3. CEFALOTINA (1.00g) (D12)

Soro Fisiológico 0.9%

1g 1FRAP (FRAP CI 1GR)

61h EV

12 18 00 06

CRM-15346

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg 1FRAP (FRAP CI 100MG)

81h EV

14 22 06

CRM-15346

5. DIFENONIA AMP (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000mg 2ML (AMPL CI 500MG)

61h EV

12 18 00 06

CRM-15346

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg 2ML (AMPL CI 100MG)

81h EV

12

CRM-15346

Alta vigilância

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Água Destilada

10mg 2ML (AMPL CI 10MG)

81h EV

14 22 06

CRM-15346

8. SONDAGEM VESICAL DE ALÍMIO

SN

CRM-15346

9. CURATIVO MEDIO-SF-GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-15346

10. PUNÇÃO C/ FLECO

SN

CRM-15346

11. SINAS VITAIS

SN

CRM-15346

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-15346

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-15346

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-15346

15. COMPRESSÃO COM FTR

SN

CRM-15346

Profissionais: CRM-15346

CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS

21/10/2019 03:02
4046.2

RP1541

MARIA MONICA GIRAIO BRITO

IP: 192.85.4.101

21/10/2019 04:27



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031058600000053944562>

Número do documento: 20052221031058600000053944562



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
21/10/2019 07:04 AM
pt101_01

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DI. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24280626	21/10/2019 às 03:05	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA MONICA GIRA0 BRITO (COREN 407169)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Mantido		
PADRAO RESPIRATORIO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
Sinais Vitais- Temperatura	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24275864	20/10/2019 às 14:50	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	Enfermeiro(a): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 (1)			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

CALAFRIO
TRATAMENTO CIRÚRGICO
NÁUSEAS
VÔMITOS
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	00:00	08:00	12:00	18:00	[1] OK
---------------------------------	-------	-------	-------	-------	--------

7 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: HISTÓRICO DE QUEDAS

MANTER LEITO E GRADES LATERAIS ELEVADAS	Mantido:
---	----------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	00:00	06:00	12:00	18:00
-----------------------------	-------	-------	-------	-------

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF



PREScrição DE ENFERMAGEM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24275673	20/10/2019 às 14:52	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO (COREN 519637)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	00:00	06:00	12:00 18:00
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	00:00	06:00	12:00 18:00
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	06:00	12:00 18:00
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00 18:00
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Jefferson F. Carneiro
COREN-SE 519.637-ENF



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/10/2019 14:57

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	
Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772807 20/10/2019 às 14:54			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

CLIENTE J.C.S. 45 ANOS. SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE TRAUMA CIRURGICA ADVINDO DE MOSSORO COM PROCEDIMENTO PROPOSTO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO. EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO, ESTÁVEL, PELE ÍNTEGRA EM RELAÇÃO LPP, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS ESPONTÂNEAS, NEGA ALÉRGICAS COMORBIDADES CIRÚRGICAS E INTERNAÇÕES PRÉVIAS, REALIZADO PRÉ OP. IRÁ REALIZAR COM DR JOÃO ROLIM, CC CIENTE ENFA LEILANE.

[1]

GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO PARA QUEDA: MANTER EM LEITO COM GRADES ELEVADAS. MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS. MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TEC. ENFERMAGEM).

RISCO DE FLEBITE: RENOVAR ACESSO A CADA 72 HRS. CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO. / MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.

ALÉRGICAS

Alérgias

NEGA

[1]

AValiação de RISCO

Flebite

Sim

[1]

Queda Adulto (Morse)

ALTO RISCO.

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF





ANTONIO
PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 07:05

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): MARIA MONICA GIRAO BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 407169 [1]

Nº: 45788975 21/10/2019 às 03:02

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

00:58 - J.C.S., SEXO MASCULINO, 45 ANOS, ORIUNDO DO POSTO 1A. ADM. NA RPA NO PRÉ OPERATÓRIO DE FRAT. DE TORNOZELO ESQ COM DR DANIEL, NEGA ALERGIAS + COMORBIDADES, SEM DRENOS E SONDAS, EVOLUI EM JEJUM, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, COM PULSEIRA EM MSD. SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AGUARDA SER CHAMADO AO CC.

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periferico

Sim

[1]

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:14
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031058600000053944562
Número do documento: 20052221031058600000053944562





ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 21/10/2019 08:28

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Pt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24282559	Prontuário: 9576012
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 40182	Peso: 80.00 kg
1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE	30h ORAL	CRM-8260
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	500 ml	Acesso Periférico
3. CEFALOTINA (1.00g) (D3I2)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	CRM-8260
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	CRM-8260
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) 6h EV
Água Destilada	18 ml	CRM-8260
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) 8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	SN
Alta vigilância		CRM-8260
7. PLAVET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG) 8h EV
Água Destilada	18 ml	CRM-8260
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	SN	CRM-8260
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA	SN	CRM-8260
10. PUNÇÃO C/ JELCO	SN	CRM-8260
11. SINAIS VITAIS		CRM-8260
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		CRM-8260
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN	CRM-8260
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO		CRM-8260
15. COMPRESSÃO COM ETER	SN	CRM-8260

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerra Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

IP: 192.85.4.101

21/10/2019 08:28



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

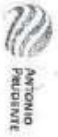
Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 4B - HAPFOR
 Dr. Nasc.: 08/05/1974
 Nº Prescrição: 0024282559
 Leito: 4016/2
 Atendimento: 62878983
 21/10/2019 às 08:25
 Prontoário: 9576012
 Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL			
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	acesso Periférico
3. CEFALOTINA (1.00g) (D1/2)	Soro Fisiológico 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500ml	12:00 : 18:00	22/10-09:00
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	1g	100ml	14:00 : 22:00	22/10-06:00
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMP/PL C/ 500MG)	12:00 : 18:00	22/10-09:00
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMP/PL C/ 100MG)	8/8h	EV
7. PLAVMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2ML (AMP/PL C/ 10MG)	8/8h	EV
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO				18:00	:
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLOCHADA				11:00	:
10. PUNÇÃO C/ JELCO				18:00	:
11. SINAIS VITAIS				12:00	:
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC				18:00	:

[Assinatura]



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS		DL. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Emissão: 21/10/2019 08:33
Convenio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 0024282559	21/10/2019 às 08:25	Prontuário: 9576012
Posto: POSTO 4B - HAPFOR		Leito: 4016/2	Peso: 80.00 kg	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE				HORÁRIOS
ACOCHOADA MEDIO				
15. COMPRESSÃO COM ÉTER		SN		16:00 :
Reservatório para o SIND				
ENTEROFIX				
Ass.				

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

RP1531

DIONES DOS REIS PINHEIRO

21/10/2019 08:33

IP- 192.95.4.101

Assinatura





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
21/10/2019 07:04 AM

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DI. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24281338	21/10/2019 às 07:04	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA MONICA GIRA0 BRITO (COREN 407169)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Respiratória	Mantido		
PADRAO RESPIRATORIO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
Sinais Vitais - Temperatura	Mantido		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

[Handwritten signature]



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 07:03

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): MARIA MONICA GIRA0 BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 407169 [1] Nº: 45791714 21/10/2019 às 07:00

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

06:55 - J.C.S., SEXO MASCULINO, 45 ANOS, ORIUNDO DO CC, ADM. NA RPA NO POI DE FRAT. DE TORNOZELO ESQ COM DR DANIEL, NEGA ALERGIAS + COMORBIDADES, SOB ANESTESIA RAQUII + SEDAÇÃO COM DRA REISLA, SEM DRENOS E SONDAS, EVOLUI EM JEJUM, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. AFERIDO SSVV, AVP EM MSE COM PULSEIRA EM MSD, SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AGUARDA SER CHAMADO AO CC.

[1]

PA: 110X60
SAT: 100%
FR: 18
FC: 75

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:14
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031058600000053944562
Número do documento: 20052221031058600000053944562





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/10/2019 12:40 AM
(nº 102,8)

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DT. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24297205	22/10/2019 às 00:39	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES (COREN 454496)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00 18:00
ATIVIDADE MOTORA	Manhã	Tarde	Noite
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

M. Renata do N. Pontes
Enfermeira
COREN-66-454.496



ANTONIO
BLONDEE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
22/10/2019 00:41
01532_004

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24297210	22/10/2019 às 00:40	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a): MARIA RENATA DO NASCIMENTO P	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			
1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			
Relacionado a: TRATAMENTO			
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE		Mantido:	
Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades		Mantido:	
Laterais Levantadas			
HIGIENE ORAL E CORPORAL		Manhã Tarde Noite	
2 - CONFORTO PREJUDICADO			
Relacionado a: DOR			
TRATAMENTO CIRÚRGICO			
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA			
3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A			
Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO			
RECONDIÇÃO DE ACESSO VENOSO			
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS		Manhã Tarde Noite	

M. Renata do N. Gomes
Enfermeiro
COREN-CE-454.496

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão: 22/10/2019 09:12

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

DL Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024299597
Leito: 4016/2
Atendimento: 62878983
22/10/2019 às 08:16
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	09:00 ; 12:00 ; 15:00 ; 18:00 ; 21:00 ; 23/10 - 00:00 ; 23/10 - 03:00 ;
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml	11:00 ;
3. CEFALOTINA (1.00g) (D2Z)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	6/6h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml		12:00 ; 18:00 ; 23/10 - 00:00 ; 23/10 - 06:00 ;
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml		14:00 ; 22:00 ; 23/10 - 06:00 ;
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMP C/ 500MG)	6/6h EV
Água Destilada	18 ml		12:00 ; 18:00 ; 23/10 - 00:00 ; 23/10 - 06:00 ;
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMP C/ 100MG)	8/8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml		SN
Alta vigilância			
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMP C/ 10MG)	8/8h EV
Água Destilada	18 ml		14:00 ; 22:00 ; 23/10 - 06:00 ;
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO		SN	09:00 ;
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA			09:00 ;
10. PUNCAO C/ JELCO		SN	10:00 ;
11. SINAIS VITAIS			12:00 ;
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS			
13. RETIRADA DE DRENO DE		SN	

Erika Brito
COREN-452.809 - BNF

Assinado por
para a dispensação



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3
Emissão 22/10/2019 08:12

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convento: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024299597
Leito: 4016/2
Atendimento: 62878983
22/10/2019 às 08:16
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

PORTOVAC	09:00 :
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO	09:00 :
15. COMPRESSÃO COM ETER	SN

Reservado para o SIND

ENTEROFIX Ass.

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

Erica Pinheiro
COREN 452409 - ENF

RP1531

ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA 22/10/2019 08:12

IP: 192.85.4.101

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

Emissão: 22/10/2019 09:12

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dr. Nasc.: 08/05/1974
Atendimento: 62878983
Nº Prescrição: 0024298597
22/10/2019 às 08:16
Leito: 4016/2
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

GASTOS

GASTOS		Descrição		Qtd.		Descrição		Qtd.		Descrição		Qtd.		Descrição		Qtd.	
PLAMET																	
BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML 1						LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA		1						HV VAL Total: 500,00 Vig:			
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1						XYLOCAINA GELICA 2% BISN 30 GR		5						SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 11		1	
AGUA DESTILADA 20X1 20 ML AMPL 20 ML 1						LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA		1						EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD		1	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA		2				SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD		1						TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD		1	
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD		1				Reletrada De Dreno De Portovac											
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML		5				LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA		2									
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR		2				SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML AMPL 10 ML 5		5									
DIPIRONA AMP																	
AGUA DESTILADA 20X1 20 ML AMPL 20 ML 2						LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA		1									
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2						ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD		1									
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA		4				MCROPORE 25X10 TUBO 1000 CM		50									
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD		2				LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD		1									
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML		10				ESPARADRAO TUBO 450 CM		30									
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML		2				GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD		2									
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR		4				CI OREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 20		20									
CETOPROFENO IV																	
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR		4				Curativo Medio+St+Gaze Acetohada											
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD		1				GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD		3									
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD		1				LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA		1									
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML		10				LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA		1									
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD		1				MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM		50									
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA		3				SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 A 1		1									
SERINGA DESCARTAVEL 08 ML SERI 5 ML 1		1				TRANSOFIX - 1 UD		1									
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 A 1		1				Curativo Com Atadura E Gaze Acetohada Medi											
						GAZE ACOLCHOADA 15X10 PCT 30 CM		2									
						ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD		2									
Puncao C/ Jelco																	
TAMPA CONE LUER - 1 UD		1				SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 A 2		2									
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR		6				SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2		2									
EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD		1				AGUA DESTILADA 20X1 20 ML AMPL 20 ML 2		2									
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML		15				LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA		4									
INTX FIXADOR DE CATETER - 1 UD		1				LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA		2									
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA		1				AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD		2									
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1		1				ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML		20									
CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD 1		1				EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD		2									
Sondagem Vesical De Alivio																	
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2		2				KEFLIN FRAP 1 UD		2									
CI OREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50						ALGODAO HIDROFILO - 500 GR		8									

RP1331

ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA 22/10/2019 08:12

JP: 192.96.4.101



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
23/10/2019 00:25
gtr10.000

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24312769	23/10/2019 às 00:24	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a):	IRIS ROQUE DE PAIVA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades
Laterais Levantadas

Mantido:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mantido:





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
23/10/2019 12:25 AM
01/10/20

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24312771	23/10/2019 às 00:25	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: IRIS ROQUE DE PAIVA (COREN 525824)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Sinais Vitais- Temperatura	Mantido		
ELIMINAÇÕES	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
ACEITAÇÃO DA DIETA	Mantido		
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc. 08/05/1974
Nº Prescrição: 24317840
Teito: 40182

Atendimento: 62878983
Prontuário: 6576012
Peso: 80,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

32h ORAL

CRM-14108

2. Hidratação Venosa Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20,83 Vol. Total 500 ml 7,00 g/s/min

Acesso Periférico

CRM-14108

3. CEFALOTINA (1,00g) (ID1/2)

Soro Fisiológico 0,9% 1g 1 FRAP (FRAP C/ TGR) 6/6h EV

CRM-14108

4. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9% 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV

CRM-14108

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

Água Destilada 1000mg 2 ML (AMP C/ 500MG) 6/6h EV

CRM-14108

6. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9% 100mg 2 ML (AMP C/ 100MG) 8/8h EV

CRM-14108

Ata vigilância

7. PLAMET (5,00mg/ml)

Água Destilada 10mg 2 ML (AMP C/ 10MG) 8/8h EV

CRM-14108

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SN

CRM-14108

9. CATETER VESICAL DE ALVIO

SN

CRM-14108

10. CATETER VESICAL DE ALVIO

SN

CRM-14108

11. CATETER VESICAL DE ALVIO

SN

CRM-14108

12. CATETER VESICAL DE ALVIO

SN

CRM-14108

13. CATETER VESICAL DE ALVIO

SN

CRM-14108

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:14
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031058600000053944562
Número do documento: 20052221031058600000053944562

RP1541

TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA

IP: 192.85.4.101

23/10/2019 10:23



1-Registro ANS 908253	3-Data da Autorização 30/10/2019	4-Senha D37575840	5-Data de Validade da Senha 29/12/2019	6-Data de Emissão da Guia 02/11/2019
--------------------------	-------------------------------------	----------------------	---	---

Dados do Beneficiário		8-Plano NOSSO PLANO XII - 700370995	9-Validade da Carteira
7-Número da Carteira BS202000115002			11-Número da Carteira Nacional de Saúde

10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS		14-Código CNES
---	--	----------------

Dados do Contratado Solicitante		15-Conselho Profissional CRM	17-Número do Conselho 10511	18-UF CE	19-Código CBO
12-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12351267009140	13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN				
15-Nome do Profissional Solicitante JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS					

Dados do Contratado Solicitado / Dados de Interação		25-Ord. Diárias Solicitadas 1
20-Código da Operadora/CNPJ/CPF 12351267009140	21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	
22-Caráter de Interação 1-1-Elevo U-Urgência		23-Tipo de Interação 1-1-Clinico 2-Cirurgia 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica
24-Regime de Interação 1-1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar		
26-Indicação Clínica		

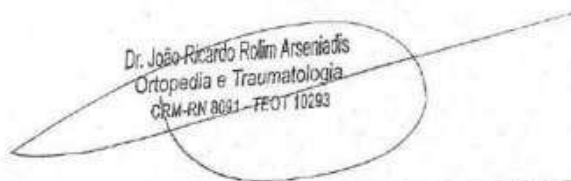
Hipótese Diagnóstica		29-Indicação de Acidente 1-1-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 2-Transito 3-Outros	
27-Tipo Doença 1-1-Aguda 2-Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente 1-1-A-Anos 2-M-Meses 3-D-Dias	32-CID 10 (3)	33-CID 10 (4)
30-CID 10 Principal S823	31-CID 10 (2)		

Procedimentos Solicitados			37-Ord. Solic.	38-Ord. Autor.
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento		
01 2004	90732026	ENXERTO OSSEO	1	1
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

OPM Solicitados			42-Ord.	43-Fabricante	44-Valor Unitário-R\$
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição do OPM			
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

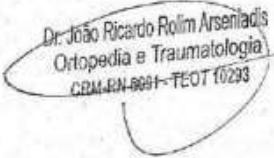
Dados da Autorização		46-Ord. Diárias Autorizadas 1	47-Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA
45-Data Provável da Admissão Hospitalar		50-Código CNES	

48-Código da Operadora/CNPJ 12351267009140	49-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN
---	---

51-Observação Vinculada a guia nº 40068070	
 Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 8091 - FEOT 10293	
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	

Jean Carlos dos Santos



1-Registro ANS 368253	3-Data da Autorização 30/10/2019	4-Senha D37375411	5-Data de Validade da Senha 29/12/2019	6-Data da Emissão da Guia 02/11/2019	
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 85202000115002	8-Plano NOSGO PLANO XII - 700370996		9-Validade da Carteira		
10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS			11-Número da Carteira Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante					
12-Código do Operador/CNPJ/CPF 12361267009140	13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN		14-Código CNES		
15-Nome do Profissional Solicitante JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	16-Conselho Profissional CRM	17-Número do Conselho 10511	18-UF CE	19-Código CBOS	
Dados do Contratado Solicitado / Dados de Internação					
20-Código do Operador/CNPJ/CPF 12361267009140	21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN				
22-Caráter de Internação ☐ E-Elativo ☐ U-Urgência		23-Tipo de Internação ☐ 1-Clinico ☐ 2-Cirurgia ☐ 3-Obstétrica ☐ 4-Pediátrica ☐ 5-Psiquiátrica			
24-Regime de Internação ☐ 1-Hospitalar ☐ 2-Hospitalar-dia ☐ 3-Domiciliar				25-Cide, Diárias Solicitadas 1	
26-Indicação Clínica					
História Diagnóstica					
27-Tipo Doença ☐ A-Aguda ☐ C-Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente ☐ 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 S626	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)	33-CID 10 (4)		
Procedimentos Solicitados					
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento	37-Qtd Solic.	38-Cido Autor.	
01 2004	30728142	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENT	1	1	
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
OPM Solicitados					
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição do OPM	42-Cide	43-Fabricante	44-Valor Unitário-R\$
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
Dados da Autorização					
45-Data Provável da Admissão Hospitalar		46-Qtd. Diárias Autorizadas 1		47-Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA	
48-Código do Operador/CNPJ 12361267009140		49-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN		50-Código CNES	
51-Observação Vinculada a guia nº 40068070					
 Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis Ortopedia e Traumatologia CRM-EN 9691-TCO 10293					
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante		53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	

João Carlos dos Santos





GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2. Nº 40068071

Nº Via: 1

1-Registro ANS 368263	3-Data da Autorização 30/10/2019	4-Senha D37375640	5-Data de Validade da Senha 29/12/2019	6-Data de Emissão da Guia 02/11/2019
--------------------------	-------------------------------------	----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7-Número da Carteira R5202000115002	8-Plano NOSSO PLANO XII - 700370865

10-Nome do Beneficiário JEAN CARLOS DOS SANTOS	11-Número da Carteira Nacional de Saúde
---	---

Dados do Contratado Solicitante		14-Código CNES	
12-Código da Operadora/CNPJ/CPP 12361267009140	13-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN		

15-Nome do Profissional Solicitante JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	16-Conselho Profissional CRM	17-Número do Conselho 10511	18-UF CE	19-Código CBOS
--	---------------------------------	--------------------------------	-------------	----------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação	
20-Código da Operadora/CNPJ/CPP 12361267009140	21-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN

22-Caráter da Internação I-1-Eletivo U-Urgência	23-Tipo da Internação II 1-Clinico 2-Cirurgia 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica
--	---

24-Regime de Internação I-1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar	25-Qtd. Diárias Solicitadas 1
---	----------------------------------

26-Indicação Clínica

Hipóteses Diagnósticas	
27-Tipo Doença I-1-A-Aguda C-Crônica	28-Tempo da Doença Referida pelo Paciente I-1-H-1 A-Anos M-Meses D-Dias

29-Indicação de Acidente I-1-O-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros	
--	--

30-CID 10 Principal 5823	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)	33-CID 10 (4)
-----------------------------	---------------	---------------	---------------

Procedimentos Solicitados					
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição do Procedimento	37-Qtd. Solic.	38-Qtd. Autor.	
01	2004	30727138	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NÃO A FIBULA (INCLUI DESCOLAM	1	1
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					

OPM Solicitados					
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição do OPM	42-Qtd.	43-Fabricante	44-Valor Unitário-R\$
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Dados da Autorização	
45-Data Prevista da Admissão Hospitalar	46-Qtd. Diárias Autorizadas 1

47-Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA	
--	--

48-Código da Operadora/CNPJ 12361267009140	49-Nome do Prestador Autorizado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN	50-Código CNES
---	---	----------------

51-Observação Vinculada a guia nº 40068070	
---	--

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8091 - TEOT-10293

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 02/11/19	54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--

Jean Carlos dos Santos





GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº 2197404

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

ANS - nº36.825-3	2 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	4 - SENHA 037875010	5 - DATA VALIDADE DA SENHA	6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA
------------------	-------------------------	------------------------	----------------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - NÚMERO DA CARTEIRA 0000200010135002	8 - PLANO	9 - VALIDADE DA CARTEIRA
--	-----------	--------------------------

10 - NOME João Carlos dos Santos	11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
-------------------------------------	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF	13 - NOME DO CONTRATADO	14 - CÓDIGO CNES
---------------------------------------	-------------------------	------------------

15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	16 - CONEX. PROFISSIONAL	17 - Nº DO CONSELHO	18 - UF	19 - CÓDIGO CBO
---------------------------------------	--------------------------	---------------------	---------	-----------------

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF	21 - NOME DO PRESTADOR
---------------------------------------	------------------------

22 - CARACTER DA INTERNAÇÃO E - Eletivo U - Urgência/Emergência	23 - TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Observação 4 - Policlínica 5 - Polipósitica	24 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS
--	---	---	-------------------------------

26 - INDICAÇÃO CLÍNICA

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 em doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
--	---	--

30 - CID 10 PRINCIPAL	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 301728106	36 - DESCRIÇÃO	37 - QTD. SOLIC.	38 - QTD. AUTORIZ.
-------------	--	----------------	------------------	--------------------

1				
---	--	--	--	--

2				
---	--	--	--	--

3				
---	--	--	--	--

4				
---	--	--	--	--

5				
---	--	--	--	--

OMP SOLICITADOS

39 - TABELA	40 - CÓDIGO DO OPM	41 - DESCRIÇÃO OPM	42 - QTD.	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R\$
-------------	--------------------	--------------------	-----------	-----------------	-------------------------

1					
---	--	--	--	--	--

2					
---	--	--	--	--	--

3					
---	--	--	--	--	--

4					
---	--	--	--	--	--

5					
---	--	--	--	--	--

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOJE	46 - QTD. DIÁRIAS AUTORIZADAS	47 - TIPO ACOMODADA AUTORIZADA	48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ
----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO	50 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS
-----------------------------------	-------------------------------

51 - OBSERVAÇÃO

Dr. João Ricardo Bolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8891 - TERT 10293

52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL 02/05/2020	54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO
--	---	--

CÓD. 88595 1000 bls. 50x1 - 2.182.001 A 2.232.000 - 12/17

João Carlos dos Santos



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
63195573

!b6ZI"

02/11/2019 11:10:45

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9576012	JEAN CARLOS DOS SANTOS	M	08/05/1974	45
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1469666 SSP RN	96962119453		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R HERCULANO COUTO 2039 BARROCAS MOSSORO-RN CEP:59000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988543340		RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - HRP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
02/11/2019	10:51		
Médico Atendente			Clinica
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS			3-PEDIATRICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano CONTROL. CONSTRUCOES LTDA	
255-HAPVIDA MOSSORO	6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
B5202000115002016		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HRF	310232 SALA CIRURGICA 2	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
40068069	99996666	D37375210	INTERNACAO
40068069	30728142	D37375411	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
40068069	30728126	D37375210	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 1
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 10
			Material - 99800412 - PARAFUSO MALEOLAR - QTDE: 1
			Material - 99829330 - FIO MALEAVEL DE CERCLAGEM - QTDE: 1
			Material - 99832718 - PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 MM INCLUI PARAFUSOS - QTDE: 1
			Material - 99835355 - ARRUELA LISA - QTDE: 1
40068069	30727138	D37375640	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
40068069	30732026	D37375840	ENXERTO OSSEO

R4310RI - VALESKA KATHELYN ALVES PEREIRA





TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (CONSENTIMENTO INFORMADO)

Pelo presente instrumento, que considera o artigo 59, do Código de Ética Médica, o inciso III, do artigo 6º e o inciso VI, do artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90, declaro que:

1º) fui informado(a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e / ou diagnóstico(s): _____

2º) foi indicado a realização do exame / procedimento exame / procedimento: _____

(se órgão múltiplo, especificar: [D] Direito [E] Esquerdo Ambos ou nível _____)

3º) recebi as explicações necessárias quanto aos benefícios deste exame / procedimento;

4º) recebi as informações necessárias sobre as possibilidades de êxito;

5º) estou ciente de que, durante o exame e/ou procedimento para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis (fortuitas);

6º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardíaco-vasculares, respiratórios e urinários. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

7º) também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame / tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação;

8º) estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação:

do(a) médico(a) anestesista nome legível do anestesiológico / equipe

do(a) médico(a) que assina esse termo;

9º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão / autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

10º) esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

11º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;



TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS E OUTROS AJUSTES

PACIENTE: Jean Carlos dos Santos
END: Rua Horaciano Couto Nº 2039 Miravetes
CPF No.: 969621194-53 RG No.: 1469666
Leito No.: _____ Prontuário No.: _____
RESPONSÁVEL LEGAL: _____
END: _____
CPF No.: _____ RG No.: _____

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, o paciente acima identificado ou, na impossibilidade do mesmo subscrever este documento, o seu responsável acima identificado, um ou outro, RECONHECE, CONSENTE e DECLARA que:

- 1 - foi devidamente informado sobre a condição de saúde do referido paciente, sob tratamento no HOSPITAL _____ e devidamente esclarecido quanto ao procedimento ao qual será submetido, recebendo todas as informações necessárias quanto aos tratamentos alternativos, às possibilidades de ter os resultados ou problemas esperados que possam ocorrer durante a recuperação, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento;
- 2 - está ciente de que a dor pode ocorrer após a realização do procedimento e que as medidas de para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário, compreendo a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor ou qualquer outro desconforto;
- 3 - está ciente de que durante o procedimento poderá apresentar outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) anteriormente, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis;
- 4 - está ciente de que no procedimento invasivo podem ocorrer complicações e que autoriza, desde já, qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados difere daqueles inicialmente propostos;
- 5 - assume inteira responsabilidade em caso de eventual recusa em submeter-se à procedimento de hemotransfusão, quando este for recomendado pela equipe médica responsável pela assistência prestada, declarando, ainda, ter sido devidamente cientificada pelos profissionais assistentes dos riscos advindo da recusa do tratamento proposto, inclusive do risco de morte, bem como isenta inequivocamente de qualquer responsabilidade o hospital e seus profissionais por possíveis consequências adversas à sua saúde, a partir da sua recusa em ser submetida à hemotransfusão recomendada.
- 6 - autoriza que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento;
- 7 - autoriza o médico, Dr. _____, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Mossoró/RN, ____ de ____ de 2019, às ____ hs.

Jean Carlos dos Santos
BENEFICIÁRIO PACIENTE
CPF No. _____

RESPONSÁVEL PELO BENEFICIÁRIO/PACIENTE
CPF No. _____

Hospital Rodolfo Fernandes (Mossoró) Av. Nocesiana, 200, Nova Betânia, Mossoró





TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ("CONSENTIMENTO INFORMADO")
ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESISTA

1 - Por este instrumento, eu abaixo identificado, fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido. Autorizo o médico abaixo identificado, ou outro colega da mesma equipe, credenciado pelo hospital, a realizar o seguinte ato anestésico:

() anestesia geral (X) raqui anestesia () peridural () outra anestesia regional _____
() sedação () acompanhamento do Anestesiologista.

Para realizar, a(o) seguinte cirurgia / procedimento: FRATURA DO TORNZELO DIREITO

2 - Os benefícios da técnica escolhida e as alternativas foram comigo discutidas.

3 - Embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos. Poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios tais como alteração na pressão arterial ou no ritmo cardíaco. A anestesia específica poderá ocasionar: hipotensão, bradicardia, náusea, vômito

4 - A possibilidade de ocorrência de cada uma das complicações descritas acima é bastante variável e tenho consciência de que poderão ocorrer outros riscos ou complicações inesperadas não discutidos ou incluídos neste documento. Entendo, no entanto, que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para o melhor resultado possível.

5 - Compreendo que, por vezes, seja necessário, para a minha segurança e conforto, mudar o método de anestesia planejada com base na minha situação clínica e dou o meu consentimento para esta alteração.

6 - Declaro que prestei todas as informações relativas as minhas alterações na saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso e hábitos (como tabagismo e uso de bebidas alcoólicas ou drogas). Qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o resultado do procedimento.

7 - Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e, assim, autorizo a realização do procedimento proposto.

8 - Reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize

MOSSORÓ (RN), 02 de novembro de 2019

João Carlos dos Santos
Nome do paciente

João Carlos dos Santos 1469666
Assinatura do paciente Carteira de identidade

* Nome do responsável

* Assinatura do responsável

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
(Otorrinolaringologia e Traumatologia)
CRM-RN 8881, TEOT 40293

Carteira de identidade

* Responsável deve assinar em caso de paciente menor de idade ou quando o paciente não tenha condições de assinar o documento.

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) tratamento(s) / procedimento(s) acima descrito(s), tendo respondido a(s) pergunta(s) formulada(s) pelo mesmo de forma esclarecedora. Conforme meu entendimento, o paciente e/ou o responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Dr. Jililson Oliveira de Sousa
Anestesiologista
CRM-PB 6308 - CRM-PB 6007



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 06/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 810296 Nº: 46376078 02/11/2019 às 15:29			
[1]			
PACIENTE			
Data De Admissão	02/11/2019		[1]
PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo De Cirurgia	Eletiva.		[1]
Data Da Cirurgia	02/11/2019		[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA		[1]
Pulseira De Identificação	MSD.		[1]
Nome, dosagem, frequência	NÃO		[1]
Alergia- Descrição	NÃO		[1]
Internações Anteriores	NÃO		[1]
Motivo das Internações	NÃO		[1]
Cirurgias Anteriores	Não.		[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.		[1]
Orientações Ao Paciente	Anestesia.		[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.		[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO			
Peso Estimado	65 kg		[1]
Intolerância Alimentar	Não.		[1]
Jejum	Sim.		[1]
ELIMINAÇÕES			
Intestinais	Presente.		[1]
Urínárias	Presente.		[1]
COGNITIVO / PERCEPTIVO			
Em Ouvir	Sim.		[1]
Compreender	Sim.		[1]
Memorizar	Sim.		[1]
Falar	Sim.		[1]
CONFORTO			
SINAIS VITAIS			
Pulso	99 bpm		[1]
PA	120X70		[1]
OUTROS DADOS E SINAIS			
Peso	65 kg		[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS			
Hora	13:00		[1]
INTRA-OPERATÓRIO			



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Responsável Pelo Recebimento	DALIANE	[1]
Hora	14:35	[1]
Sala	02	[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	INTEGRA	[1]
Início Da Anestesia	14:40	[1]
Término Da Anestesia	18:40	[1]
Início Da Cirurgia	14:50	[1]
Término Da Cirurgia	18:30	[1]
Instrumentador	ANTONIA	[1]
Circulante	DALIANE	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.	[1]
Numero Inicial De Compressas	15 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 2	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 3	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 4	0 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 5	0 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	0 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	15 UD	[1]
Tipo	Elétrico.	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INTEGRA	[1]
Grau De Contaminação	Limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	02/11/2019	[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Eletrodos	TORAX	[1]

PÓS-OPERATÓRIO		
Nível de Consciência pos operatorio	Calmo.	[1]
Tipo De Respiração	Espontânea c/suporte de o2.	[1]
Extremidades	Perfundidas.	[1]
Curativos Cirúrgicos	Limpo e seco.	[1]

CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO		
Nível de Consciência	Calmo.	[1]
Extremidades	Pefundidas.	[1]



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 3 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Curativos Cirúrgicos	Pouco úmido.		[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS			
Eletrodos	TORAX		[1]



NOME COMPLETO: Teen Contos da Samsa

DATA NASC: 21/05/74 IDADE: 48

LETTO:

ANESTESIOLOGISTA: J. L. de la Cruz

CRM: 8311

CIRURGIA: fract. clav. derecha

DATA: 02/11 / 43

RESPIRATÓRIO	GASTROINTESTINAL	CARDIOVASCULAR	NEUROLÓGICO	MÚSCULO ESQUELÉTICO	ENDÓCRINO	HEMATOLÓGICO
☐ Asma brônquica ☐ IDPOC/Displeneia ☐ Tosse produtiva ☐ IVAS recente ☐ Dor torácica ☐ Pneumopatia ☐ Lesões pleurais ☐ RX alterado	☐ Hepatite ☐ Ictericia ☐ RGE ☐ Obst. Intestinal ☐ Pancreatite ☐ Hemorragia ☐ Estômago cheio ☐ Círrrose	☐ Valvopatias ☐ Ate. Congênita ☐ ICC/Ortomelia ☐ ECG anormal ☐ Angina/MI ☐ Hipertensão ☐ Varizes MMII ☐ Apatião física ruim ☐ Foccardio alterado	☐ Coma ☐ HIC ☐ Lesão medular ☐ Lesão periférica ☐ Parkinson ☐ Psiquiátrico ☐ Jcetaia ☐ Síncope / Convulsão ☐ Parastesias	☐ Artite ☐ Doença muscular ☐ Ateção de coluna ☐ MFratura ☐ Patologia óssea ☐ Osteoporose	☐ Diabetes ☐ Doença da tireóide ☐ Gestação ☐ Obesidade ☐ Desnutrição ☐ Atraso menstrual	☐ Anemia ☐ Hemofilia ☐ Coagulopatia ☐ Transfusão ANESTESIA PRÉ-VIA ☐ Regional ☐ Geral ☐ IOT difícil
INFECIOSO ☐ Sepsis ☐ Peritonite ☐ Tuberculose ☐ HIV	☐ IRA ☐ IRC ☐ Infecção urinária ☐ Sangramento	HÁBITOS ☐ Fumo ☐ Alcool ☐ Drogas	ALERGIAS 	MEDICAÇÕES EM USO 	EXAMES EM VÍAS ABERTAS Mallampatti ☒ III IV V Tiróideontolano ☒ >5cm	Incis. Proeminentes ☐ JS ☐ AN
					Abertura de boca <u>5</u> cm Extensão Atlantoccipital ☐ 0 ☐ 1/2 ☒ completa	

Peso(kg)	Altura(cm)	Pulso por min.	Grupo ABO/Rh	Hto (%)	Htg(g)	Glicemia	P.A (Torr)
68	168	92	-	38,3	13,4	101	120/80
Ureia	Creatinina	Albumina	Na+	Cl-	K+	TGO	TGP
23	0,81	-	-	-	-	-	-
Estado físico (ASA)	Pré-medicação	Jejum	Médico (CRM)	Dr. Julliano Oliveira S.S. Av. Cassiano CRM-RN 816 - CRP-PB 3007			
I	-	> 8h					





Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME João Carlos dos Santos DATA 02/11/19

SERVIÇO Hospitalar ANESTESISTA Felício CIRURGIÃO João

IDADE H SEXO B COR B PR. ART. 120/80 PULSO 70 TEMP. 36 ESTADO FÍSICO 2 3 4 5 PRÉ-ANESTÉSICO -

DIAGNÓSTICO frat. de t.b.c. - Trat. único
frat. de t.b.c. de t.b.c. - Trat. único
Exatidão 65%

OPERAÇÃO REALIZADA Exatidão 65%

INÍCIO 14:40 TERMINO 15:30 DURAÇÃO 50 ROTINA X EMERGÊNCIA - EXTRA -

SpO₂ 98 98 98 98 98 98 98 98 98 98 98 98

ETCO₂ 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35

HORA		OBSERVAÇÕES	
A	0	1) Anestesia p/ cir. 15:00 2) Morfina 10 mg 3) Aconitina 60 mg 4) Cefazolina (2) 5) Dipirona (2) 6) Oxidant. p/ rone (1) 7) Dextroprop. p/ rone (1) 8) Dextrometorone (1) 9) Minoxidolone (1) 10) Etilefrina (2) 11) Atropina (2)	
G	2		
E			
N			
T			
S	15:00 / 15:00 / 15:00		
CÓDIGO			
ANESTESIA X	220		
OPERAÇÃO ⊙	200		
INTUBAÇÃO X	180		
ENDOTRAQUEAL	160		
PRES. SISTOL.	V	140	
PRES. DISTOL.	A	120	
PULSO.	◆	100	
RESP. ASSIST.	-RA	60	
RESP. EXPONT.	-RE	40	
RESP. CONTR.	-RC	20	
POSICÃO			

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS Monit. cardíaco, oximétrico, pressão arterial, saturação de oxigênio, ECG, apnéia 170
Exatidão 65%

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO -



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 18:53

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]		Nº: 46381958 - 02/11/2019 às 18:48	
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S823		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S823		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	02/11/2019		[1]
Hora Da Cirurgia	18:48		[1]
Cirurgia	TRATAMENTO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL		[1]
Cirurgião	JOAO ROLIM		[1]
Anestesista	JILIELISON		[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB RAQUIANESTESIA PREPARO ORTOPÉDICO DE ROTINA + GARROTE ASSEPSSIA E ANTISEPSSIA CAMPEAMENTO ESTÉRIL ACESSO POSTEROLATERAL E HEMOSTASIA REDUÇÃO DA FRATURA TIBIAL POSTERIOR COM PLACA DCP 3.5 REDUÇÃO DA FRATURA DA FIBULA NO TORNOZELO COM PLACA DCP 3.5 ENXERTO ÓSSEO ACESSO MEDIAL E HEMOSRÁSIA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MELEOLO MEDIAL E REPARO LIGAMENTAR DO DELTOIDE IRRIGAÇÃO COM SF SUTURA POR PLANOS E CURATIVO		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30728142 30728126 30727138 30732026 EM MOSSORÓ		[1]

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



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 810296 Nº: 46374868 02/11/2019 às 14:47 [1]			
DADOS DA ADMISSÃO			
Data Da Cirurgia	02/11/2019		[1]
Hora Da Cirurgia	FRATURAS DE TIBIA		[1]
Cirurgia	14:45		[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC			
Setor De Admissão Do Paciente	CENTRO CIRURGICO		[1]
Identidade Do Paciente	Sim.		[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.		[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM.		[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	Sim.		[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.		[1]
Exames Complementares	Sim.		[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.		[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.		[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não se aplica.		[1]
Tricotomia	Sim.		[1]
Banho Pre-Operatório	Não se aplica.		[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.		[1]
Paciente Refere Alergia			
Se sim, especifique	NÃO		[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.		[1]
Paciente Está Em Jejum			
Quanto Tempo	8		[1]
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 se aplica.		[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.		[1]



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	

Kit Cirúrgico Completo Em Sala	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[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]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	Sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita e Esquerda.	[1]
Paciente Certo	Sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	Sim.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	Sim.	[1]
Antibiotico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	Sim.	[1]
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	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]



4797646

PRÉ-NOTA

Nº KIT: 4797646

Atendimento: 63195573 Prontuário: 9578012 JEAN CARLOS DOS SANTOS HAPVIDA MOSSO

Cirurgia Prog.: 30728096 FRATURA DE TORNOZELO - TRATAMENTO CONSERVADOR Cirurgia Realizada:

Sala Cirúrgica: SALA CIRURGICA 1A Setor Emissor: FARMACIA SATELITE - HRF

Equipe Médica: CIRURGIAO

PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO

SEGUNDO AUXILIO CIRURGICO

TERCEIRO AUXILIO CIRURGICO

ANESTESISTA

CIRCULANTE

INSTRUMENTADORA

DALIANE ANTONIA

Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado	Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado
0	Materiais Médico-Hospitalares					118970	REMIFENTANIL 2MG PO LIOFILO INJ FRAP FRAP	1			
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD(AGULHA	2	2	2	03	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO				2
27847	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD()	1	1			43788	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML				
27871	AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD()	2		2		43798	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML TUBO 250 ML				
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD()	2	2	2	04	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1	1	1	
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML()	50	50	50		43826	SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1 500ML TUBO 500 ML				
51055	ALGODÃO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO	2		2		48880	SORO GLICOSADO 5% 250ML TUBO 250 ML(GL				
27928	ARRUELA P/ MONITOR DESCARTAVEL C/H - 1 U	5	5	5		48844	SORO GLICOSADO 5% 500ML TUBO 500 ML(GL				
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD()	4	4	4	08	83941	SUFENTANIL 10MCG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 1	1			
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD()	2		2		83925	SUFENTANIL 250MCG/5ML SOL INJ AMPL AMPL 1	1			
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD()	3		3		39543	TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 2 M		1		
30090	ATADURA DE GESSO 20 CM - 1 UD()	2		2		45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 M	1	1	1	
30183	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD()	1	1	1	01						
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD()	1	1	1							
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD()	1	1	1							
48488	CIDEX-SOLUÇÃO GLUTARALD 2% 28 D FR C/5										
135888	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	100	100	100	0						
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 100	100	100	100	0						
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5	4	4	2	0						
26190	COMPRESSA OPERATORIA 50X45 ESTERIL - 1				0						
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD()	1	1	1	08						
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4,5M TUBO 450	100	100	100	0						
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD()	6	6	4	08						
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD(TOLUCA DES	4	4	4	26						
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD(ESPARAD	1	1	1	21						
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD()	1	1	1	01						
51284	LATEX - 1 MT()										
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT()	4	4	1	8						
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA()	5	5	5	23						
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA(LUVA DESC.	2	2		03						
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA(LUVA DESC.	2	2		15						
30676	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA(LUVA DESC.	2	2		11						
30732	MALHA TUBULAR 12 CM ROLO 1500 CM()	100	100	100	7						
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/	4	4	4	13						
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM()	50	50		10						
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD()	4	4	4	14						
30992	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML()	3	3		17						
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML()	2	2	2	5						
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML()	2	2	2	12						
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML()	2	2	2	5						
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD()	1		1	2						
147256	TRANSOFIX - 1 UD()	1		1	16						
0	Medicamentos										
78069	ALFENTANIL 544MCG/ML INJ 5ML AMPL AMPL	1	1		20						
139799	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD(CLONIDINA 15	1	1		22						
164754	DEXTROROTAMINA 100MCG/2ML INJ FRAP AMPL	1	1		18						
58075	DIAZEPAM 10MCG/2ML SOL. INJ. AMPL AMPL 2 M	1	1		9						
38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML(DIPIRONA AMP)	2	2	2	25						
41327	ETOMIDATO 2MG/ML INJ AMPL 10ML AMPL 10 M	1	1		19						
40479	FENTANIL 50MCG/ML INJ AMPL 10ML FRAP 10 M	1			4						
136923	FENTANIL 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 M	1	1	1							
145419	FENTANIL 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1									
40037	MIDAZOLAM 15MCG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML(M	1	1	1							
124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML(MO	1	1								
118477	MORFINA 10MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML(MO	1	1								
46871	NALBUFINA 10MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML(MO	1	1								
46248	NALOXONA 0,4MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML(MO	1	1								
59509	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD(CETOPROFEN	1	1	1							
48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ. AMPL 20ML AMPL 20 M	1	1	1							

PROC: FRATURAS DO TORNOZELO - TRAT I
COD: 30728096

KIT: 000004797646

DT. MONTAGEM: 01/11/2019 20:24

AUX. RESP: 27689115-RAINEYRE RAFA DO VALE RODRIGUES

KIT COMPLETO: SIM () NAO (X)

Data: 02/11/2019

Pág. 1 de 1



000004797646



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:14

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031058600000053944562

Número do documento: 20052221031058600000053944562

Num. 56090611 - Pág. 46



Nome completo: Julian Carlos dos Santos Data de nascimento: 08/05/74 Número do registro hospitalar: 63195573

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 02/11/19 Hora: 19:57 Unidade de origem: Centro Cirúrgico Unidade de destino: Intensivos
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta (x) maquieiro

SITUAÇÃO

S	Motivo da transferência:	<u>Pós-operatório de fratura de fêmur de tornozelo direito</u>								
	Diagnóstico(s):									
	Sinais Vitais:	PA	mmHg	FC	bpm	FR	rpm	T	°C	
	SpO2	%	Escore de dor							
	Medicamentos em uso									
	Riscos gerenciados	() Não se aplica	(x) Flebite	() TEV	() LPP	(x) Queda	() Outros:			
	Protocolos gerenciados	(x) Não se aplica	() Sepsis	() Dor torácica	() Outros:					
	Suporte de oxigênio	(x) Não	() Sim	() Cateter	l/min	() Nebulização	l/min	() Ventilação mecânica		
	Acessos vasculares	() Não	(x) Sim	() CVC	() CVP	() PICC	() Port a cath	(x) Outros: <u>AVC MSE</u>		
	Sondas, drenos, ostomias	(x) Não	() Sim	Qual?						
	Outros dispositivos	(x) Não	() Sim	Qual?						
	Lesão de pele	(x) Não	() Sim	Local:	Estágio:					
	Curativos	() Não	(x) Sim	Qual produto?	<u>F.O. EM MIP</u>					
	Precaução	(x) Não	() Sim	() Contato	() Aerossóis	() Gotículas				

BREVE HISTÓRICO

B	Antecedentes	(x) Não	() Sim	() HAS	() DM	() JAVC	() JPOC	() Outros
	Alergias	(x) Não	() Sim	Qual?				
	Procedimentos realizados	() Não	(x) Sim	Qual?	<u>Tot. Cirúrgico Unif. Term. D.</u> Data: <u>02/11/19</u>			
	Valores, crenças, barreiras	() Não	() Sim	Qual?				

AValiação

A	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	<u>PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS.</u>
----------	---	--

RECOMENDAÇÕES

R	Recomendações especiais e pendências	() Não () Sim Qual(is)?
	Exames Pendentes:	

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame:	() Não () Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame:	() Não () Sim Qual:
Conduta imediata:	() Não () Sim Qual:
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)?	() Não () Sim
Sinais Vitais:	PA mmHg FC bpm FR rpm T °C
Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável - Unidade de Origem	Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino



PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 18:44

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): JOÃO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]		Nº: 46381797	02/11/2019 às 18:43
IDENTIFICAÇÃO			
Nome	JEAN CARLOS DOS SANTOS		[1]
Sexo	Masculino		[1]
Idade	45 A 5 M		[1]
Data De Nascimento	08/05/1974		[1]
Nº Atendimento	63195573		[1]
DADOS DO PACIENTE			
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO			
CID10 Primário	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		[1]
COMORBIDADES			
GRAU DE INDEPENDÊNCIA			
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS			
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS			
Principal	TRATAMENTO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL MULTIFRAGMENTAR		[1]
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES			
ALTA HOSPITALAR			
Total De Dias	4 Dias		[1]

Dr. João Ricardo Rolim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8891 - TEO 10283



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

02/11/2019 18:48

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): JOAO RICARDO ROEIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]		Nº: 46381945	02/11/2019 às 18:47
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO			
Evolution Do Paciente	POS OP DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL		[1]
CID 10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		[1]

Dr. João Ricardo Roim Arseniadis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 5081 - TEOT 10283



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 18:56

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Professional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]		Nº: 46382188	02/11/2019 às 18:55
DIAGNÓSTICOS			
CID10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]	
CID10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]	
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Cirurgia Realizada	TRATAMENTO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL	[1]	
Cirurgião	JOAO ROLIM	[1]	
Tipo De Anestesia / Sedação	RAQUI	[1]	
Data da Cirurgia	02/11/2019	[1]	

Dr. João Ricardo Rolim Arseniads
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8091 - TEOT 10293



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
 Convenção: HAPVIDA MOSSORO
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF

Dt. Nasc.: 08/05/1974
 Nº Prescrição: 0024468070
 Leito: 310232/1

Atendimento: 63195573
 02/11/2019 às 18:45
 Pronto: 9576012

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

HORÁRIOS

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min Acesso Periférico 22:00

SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml
 3. CEFZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV 03/11/2019 00:00

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV 03/11/2019 00:00

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMP C/ 500MG) 6/6h EV 03/11/2019 00:00

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMP C/ 100MG) 8/8h EV SN 03/11/2019 00:00

7. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMP C/ 10MG) 8/8h EV 03/11/2019 00:00

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO SN

9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOLCHOADA

10. PUNÇÃO C/ JELCO SN

11. SINAIS VITAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE

15. ACOCHOADA MEDIO

RP1531

ANGELINA RITA DA COSTA

02/11/2019 21:44

RP- 10.1.32.208

Emissão 02/11/2019 21:44

3



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

03/11/2019 10:26

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 83195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: POSTO INTERNACAO	Leito: ERF-03/2	
Profissional(is): ANA KARINA DA SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 578816 [1]	Nº: 46399047	03/11/2019	às 10:24

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolution de enfermagem	PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMETRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS INTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLACIDO, RHA +, COM FIXADOR EM MID. AVP EM MSE COM JELCO Nº 20. PACIENTE REALIZOU RAIOS X, RECEBE ALTA HOSPITALAR POR DR. JOÃO ROLIM, DIA 03/11/2019.	[1]
-------------------------	---	-----

ALERGIAS

Alergias	NÃO	[1]
----------	-----	-----

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)	0	[1]
--------------	---	-----

AVALIAÇÃO DE RISCO

Broncoaspiração	Sim	[1]
Flebite	Sim	[1]
Hipoglicemia	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Sem Dispositivos Invasivos	Sim	[1]
----------------------------	-----	-----



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): FLAVIA GUERRA CAVALCANTE, ENFERMEIRO(A), COREN 527982 [1]	Nº: 46369765	02/11/2019	às 11:52

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE DO SEXO MASCULINO ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR, PROCEDENTE DE SUA RESIDÊNCIA, PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMETRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS INTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLACIDO, RHA +, DIETA ZERO, COM FIXADOR EM MID. PUNÇIONADO AVP EM MSE COM JELCO Nº 20.

14:40 - INICIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO COM SOB BLOQUEIO ANESTESICO COM ANESTESIA RAQUE.

18:30 - TERMINO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

18:40 - PACIENTE TRANSFERIDO PARA CRO. SEGUE EM AR AMBIENTE E MONITORIZAÇÃO POR PNI E OXIMETRIA DE PULSO.

19:40 - PACIENTE TRANSFERIDO PARA INTERNAMENTO EM MACA, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO. PACIENTE PERMANECE CONSCIENTE E ORIENTADO, RESTRITO AO LEITO, SOB EFEITO ANESTÉSICO, EUPNEICO, EM AR AMBIENTE, PELE INTEGRAS, SSVV DENTRO DAS NORMALIDADES. CURATIVO EM FO LIMPO E SECO, EM AVP COM JELCO Nº 20 VIABILIZANDO HV. DIURESE ESPONTANEA. MM SEM ANORMALIDADES

[1]

ALERGIAS

Alergias

NÃO

[1]

AValiação de Dor

Dor (0 A 10)

0

[1]

AValiação de Risco

Broncoaspiração

Sim

[1]

Flebite

Sim

[1]

Hipoglicemia

Sim

[1]

Infecção Primária De Corrente Sanguínea

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSD

[1]



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

03/11/2019 02:09

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 63195573

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Posto: POSTO INTERNACAO

Leito: ERF-03/2

Profissional(is): ELISA MAIA DIAS, ENFERMEIRO(A), COREN 00479520, (1)

Nº: 46390838 03/11/2019 às 02:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCÁRDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMÉTRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS ÍNTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLÁCIDO, RHA +, DIETA ZERO, COM FIXADOR EM MID. AVP EM MSE COM JELCO Nº 20. [1]

ALERGIAS

Alergias

NÃO

[1]

AValiação de Dor

Dor (0 a 10)

0

[1]

AValiação de Risco

Broncoaspiração

Sim

[1]

Flebite

Sim

[1]

Hipoglicemia

Sim

[1]

Infecção Primária De Corrente Sanguínea

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSD

[1]



Nome completo: Jeon Carlos dos Santos

Data de nascimento: 08/08/74 Número do registro profissional: 63195578

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 03/11/2019 Hora: 09 Unidade de origem: Intensivamento Unidade de destino: Raio X
Responsável pelo transporte: Maquino (Técnico de Enfermagem) (Enfermeiro) (Médico) (Fisioterapeuta)

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Realizar Raio X
Diagnóstico(s): Po de fratura torácica D
Sinais Vitais: PA 120 mmHg FC 70 bpm SpO2 98 % Escala de dor
Medicamentos em uso:
Riscos gerenciados: ☒ Não se aplica (Fiebite) (TEV) (IPP) (Queda) (Outros)
Procedimentos gerenciados: ☒ Não se aplica (Sepsis) (Dor torácica) (Outros)
Suporte de oxigênio: ☒ Não (Sim) (Cateter) (Máscara) (Ventilador) (Outros)
Acessos vasculares: ☒ Não (Sim) (CVC) (CVP) (PICC) (Porta cath) (Outros)
Sondas, drenos, ostomias: ☒ Não (Sim) Qual? AUP
Outros dispositivos: ☒ Não (Sim) Local: Local Esquíto:
Lesão de pele: ☒ Não (Sim) Qual? Qual? não
Curativos: ☒ Não (Sim) (Contato) (Aerossóis) (Gotículas)
Precaução: ☒ Não (Sim) Qual? Qual?
Motricidade: ☒ Não (Sim) Qual? Qual?
Nível de consciência: ☒ Consciente (Confuso) (Sondado) (Comatoso)
Alimentação: ☒ Deambula sem auxílio (Deambula com auxílio) (Acamado)
Transporte utilizado: ☒ Cadeira de rodas (Maca) (Inclinação de transporte) Maquino

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: ☒ Não (Sim) (HAS) (DM) (IAVD) (HPOC) (Outros)
Antiquas: ☒ Não (Sim) Qual? Qual?
Procedimentos realizados: ☒ Não (Sim) Qual? Po de fratura torácica
Válvulas, brechas, barreiras: ☒ Não (Sim) Qual? Qual?

AVANÇADO

Registrar dados relevantes nas últimas 24 horas

Sem intercorrências

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências

☒ Não (Sim) Qual(is)? Qual(is)?

Exames Pendentes:

Assinado eletronicamente por: Ana Karina Freitas da Silva
(Enfermeiro)
CPF: 576.815

Nome/Cargo do Enfermeiro Responsável / Unidade de Destino

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA E IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO X-RAY

Qual a qualidade da imagem? ☒ Não (Sim) Qual? Qual?
Houve alguma intercorrência durante o exame? ☒ Não (Sim) Qual? Qual?
Condição médica: ☒ Não (Sim) Qual? Qual?
Exames solicitados para anatomia patológica (biópsia)? ☒ Não (Sim) Qual? Qual?
PA: 120 mmHg FC: 70 bpm PR: 70 bpm T: 36,5 °C S: 98 %



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 19:33

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): DALIANE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 810296 Nº: 46377307 02/11/2019 às 16:09 [1]			
DADOS DO PACIENTE			
Data De Nascimento	08/05/1974		[1]
Sexo	Masculino.		[1]
Peso Atual	65 kg		[1]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ			
Hora	14:40		[1]
Hora			
Descrição	RECEBO PACIENTE NO CENTRO CIRURGICO CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO ACONPANHADO POR FAMILIARES. 14:40 INICIO DA ANESTESIA RAQUE 14:50 INICIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO. 18:40TERMINO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO PACIENTE TRANSFERIDO DO S.O PARA O CRO EM MACA ACONANHADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM. 20:00PACIENTE TRANSFERIDO DO CRO PARA O POSTO DE ENFERMAGEM EM MACA ACONPANHADO POR EQUIPE DE ENFERMAGEM.		[1]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE			
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			



Plasma Diagnósticos

Sede: Rua Melo Franco, 59 - Centro
Unidade HAPVIDA 24h: Av. Diocesana, 260 - Nova Betânia
Unidade CMCM: Rua José Otávio, 113 - Centro
Unidade MasterClin: Rua Chico Pedro, 13 - Alto de São Manoel
Unidade Abolição: Av. Abel Coelho, 1455 Lj. 02 - Abolição 4
SAC: (84) 3321.6008 / 3321.6435 / 98829.4792
www.plasmadiagnosticos.com.br



Paciente
JEAN CARLOS DOS SANTOS

Coleta
03- Unidade 24 Horas

Idade
45 (A)

Médico
ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA

Entrega
01- Impresso

Data da Coleta
18/10/19 15:13

Convênio
HAPVIDA ELETIVO

Data da Entrega
02/11/19 09:29

RESULTADO

HEMOGRAMA

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

Eritrograma

Hemácias em milhões: **4,27 u³**
Hemoglobina: **13,4 g/dL**
Hematócrito: **38,3 g/dL**
VCM: **89,69 fL**
HCM: **31,38 pg**
CHCM: **34,98 g/dL**
RDW: **15,0 %**

Valores de Referência
Homens Mulheres
4,5 - 6,5 4,0 - 5,6
13,5 - 18,0 11,5 - 16,0
40,0 - 54,0 36,0 - 47,0
82,0 - 93,0
27,0 - 32,0
32,0 - 36,0
12,0 - 16,0

Leucograma

Leucócitos: **9.300 /mm³**
Neutrófilos: **88 %** **8.184 /mm³**
Linfócitos: **0 %** **0 /mm³**
Monócitos: **88 %** **8.184 /mm³**
Eosinófilos: **1 %** **93 /mm³**
Basófilos: **8 %** **744 /mm³**
Plaquetas: **3 %** **279 /mm³**
278.000 /mm³

Valores de Referência
4.000 - 11.000
54 - 62 2.700 - 6.200
3 - 5 150 - 500
54 - 62 2.700 - 6.200
2 - 5 100 - 500
20 - 35 1.000 - 3.500
3 - 8 150 - 800
150.000 - 450.000

Dr. Denato Junior de Holanda
CRF 3217/RN

Folha: 1 de 3

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

Plasma Diagnósticos

Sede: Rua Melo Franco, 59 - Centro
Unidade HAPVIDA 24h: Av. Diocessana, 260 - Nova Betânia
Unidade CMCM: Rua José Otávio, 113 - Centro
Unidade MasterClin: Rua Chico Pedro, 13 - Alto de São Manoel
Unidade Abolição: Av. Abel Coelho, 1455 Lj. 02 - Abolição 4
SAC: (84) 3321.6008 / 3321.6435 / 98829.4792
www.plasmadiagnosticos.com.br



Paciente	JEAN CARLOS DOS SANTOS	Idade	45 (A)
Médico	ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA	Coleta	03- Unidade 24 Horas
Convênio	HAPVIDA ELETIVO	Entrega	01- Impresso
		Data da Coleta	19/10/19 15:13
		Data da Entrega	02/11/19 09:29

RESULTADO

GLICOSE

101,0 mg/dL

Método: Enzimático Colorimétrico
R.P.: 60 a 99 mg/dL
Comentário: -Glicemia de jejum entre 100 a 125 mg/dL: Glicemia de jejum inapropriada (GJI). -
Glicemia de jejum acima de 125 mg/dL: Critério para diagnóstico da Diabetes
mellitus. -Recomendações da American Diabetes Association (2004).

URÉIA

29 mg/dL

Método: Urease Modificado
R.P.: 10 a 50 mg/dL

CREATININA

0,81 mg/dL

Método: Cinético Colorimétrico
R.P.: 0,70 - 1,20 mg/dL

Estimativa Ritmo da Filtração Glomerular

103 mL/min/1,73 m2

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

Dr. Donato Junior de Holanda
CRF 3217/RH

Folha: 3 de 3

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





ANTONIO
PEREIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Emissão 23/10/2019 10:31

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

DL Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024317840
Leito: 4016/2
Atendimento: 62878983
23/10/2019 às 10:21
Peso: 80,00 kg

Prontuário: 9576012

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

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

2. Hidratação Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min Acesso Periférico 11:00 ;

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500ml
3. CEFALOTINA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 6/6h EV 12:00 : 18:00 : 24/10-00:00 :
(07/2) Soro Fisiológico 0,9% 100ml 24/10-06:00 ;

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV 14:00 : 22:00 : 24/10-06:00 ;
Soro Fisiológico 0,9% 100ml

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMP C/ 500MG) 6/6h EV 12:00 : 18:00 : 24/10-00:00 ;
Água Destilada 18ml 24/10-06:00 ;

6. FOLATO (5.00mg) 100mg 2 ML (FOLATO C/ 100MG) 8/8h EV 12:00 : 18:00 : 24/10-00:00 ;
Soro Fisiológico 0,9% 100ml

7. LACTULOSE (10.00g) 100mg 2 ML (LACTULOSE C/ 100MG) 8/8h EV 12:00 : 18:00 : 24/10-00:00 ;
Soro Fisiológico 0,9% 100ml

8. LINDÁZEM VESICAL DE ALIVIO SN 10:00 ;

9. LUBRIFICANTE VAGINAL + SF + GAZE SN 10:00 ;
FOLHETO DE INSTRUÇÕES DO PRODUTO
CORREÇÃO: 23/10/2019 10:31

10. PUNÇÃO C/ JEICO SN 10:00 ;

11. SINAIS VITAIS

12. GT 0.56 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE URENO DE PORTOVAC SN 10:00 ;

14. GAZE ATIVO COM ATADURA E GAZE

RP1631

JESSICA BARBOSA GAMA

23/10/2019 10:31

IP: 192.85.4.101



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031058600000053944562>

Número do documento: 20052221031058600000053944562



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Emissão: 23/10/2019 10:31

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

DT. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024317840
Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983
23/10/2019 às 10:21
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS
ACOCHOADA MEDIO		10:00 :
15-COMPRESSÃO COM ETER	SN	10:00 :

Reservado para o SIND

ENTEROFIX Ass.

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

Fls. 103/103
CORREÇÃO 507 - ENF.

RPT33T

JESSICA BARBOSA GAMA

23/10/2019 10:31

IP: 192.85.1.101



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031058600000053944562>

Número do documento: 20052221031058600000053944562

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/10/2019 10:36

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): FRANCISCA JOSIANE PACOAL MARTINS, ENFERMEIRO(A), COREN 548507 [1]	Nº: 45905427	23/10/2019	às 10:35

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT 23/10/2019

[1]

J.C.S, sexo masculino, 45 anos. HD: 1º PO de Fratura da Tibia Direita.

Translado de Mossoró

Evolui consciente e orientada, verbalizando suas NHB's, em repouso no leito.

SSVV estáveis: Normotensa, normocárdica, afebril. Eupneica em ar ambiente

Dieta geral com boa aceitação.

CVP perfuro p/ TM + HV + ATB (Cefalotina)

Tórax simétrico, sem abaulamentos.

Abdome plano, indolor a palpação

Diurese presente, evacuações ausentes

Mantido curativo de FO, limpo e seco externamente. Fixador externo em MID.

Segue aos cuidados da equipe. Por hora Dr Tacito avaliou o paciente e vai programar cirurgia para amanhã ou sexta.

#GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: Atenção ao manuseio, orientar ao paciente quanto ao dispositivo em uso.

RISCO DE FLEBITE: Inspeccionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV. Renovar acesso a cada 72 horas, conforme rotina da instituição.

AValiação de RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	BAIXO RISCO,	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
--------------------------	-----	-----

Francisca Josiane Pacoal Martins
23/10/2019 10:36 - ENF





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
24/10/2019 12:42 AM
ep/03/02

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24328263	24/10/2019 às 00:41	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES (COREN 454496)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00 18:00
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
ATIVIDADE MOTORA	Manhã	Tarde	Noite
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido		
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

M. Renata do N. Pontes
Enfermeira
COREN-CE-454.496



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
24/10/2019 00:42

q113.02.000

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24328271	24/10/2019 às 00:42	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a): MARIA RENATA DO NASCIMENTO P	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Mantido:
HIGIENE ORAL E CORPORAL	Manhã Tarde Noite

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã Tarde Noite
REDAVAR PNESSO VENOSO	

Maria Renata do O. Santos
Enfermeira
COREN-CE: 458.496



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convênio: HAPVIDA
Ponto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc. 06/05/1974
Nº Prescrição: 24332656
Leito: 40162

Atendimento: 62878983
Frontalúrio: 8576012
Peso: 80,00 kg

Emissão: 24/10/2019 09:48

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 33h ORAL

2. Hidratação Venosa	Fase Única	20.83	Vol. Total: 500 ml milkcalda 500 ml	7.00	glicina	Acesso Periférico
3. SORO FISIOLÓGICO 0.9% (0222)	Soro Fisiológico 0.9%	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 100 ml	66h	EV	
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0.9%	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 100 ml	818h	EV	
5. DIFIRONA AMP (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) 18 ml	616h	EV	
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0.9%	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) 100 ml	808h	EV	
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG) 18 ml	818h	EV	
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO						
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA						
10. PUNÇÃO C/ JELCO						
11. SINAIS VITAIS						
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						
13. RETIRADA DE DRENO DE POROVAC						
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						
15. COMPRESSÃO COM FTER						

Profissionais:

Dr. Saulo Lacerda
CREMEC: 14286
TEOT: 15.369

RP1541

SAULO LACERDA BORGES DE SA

IP: 192.85.4.101

24/10/2019 09:48



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convento: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024332656
Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983
24/10/2019 às 09:48
Peso: 80,00 kg

Prontuário: 9576012

Emissão 24/10/2019 09:58

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

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

09:00 ; 12:00 ; 15:00 ; 18:00 ;
21:00 ; 25/10- 00:00 ; 25/10- 03:00 ;

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

11:00 ;

3. CEFALOTINA (1.00g) 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml
Soro Fisiológico 0,9% 1g 1 FRAP (FRAP C/1GR) 6/6h EV

12:00 ; 18:00 ; 25/10- 00:00 ;
25/10- 06:00 ;

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/100MG) 8/8h EV
Soro Fisiológico 0,9% 100ml

14:00 ; 20:00 ; 25/10- 06:00 ;

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMP C/ 500MG) 6/6h EV
Água Destilada 18ml

12:00 ; 18:00 ; 25/10- 06:00 ;
25/10- 06:00 ;

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMP C/ 100MG) 8/8h EV
Soro Fisiológico 0,9% 100ml

SN

Alta vigilância

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

14:00 ; 20:00 ; 25/10- 06:00 ;

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO SN

09:00 ;

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

09:00 ;

10. PUNCAO C/ JELCO SN

10:00 ;

11. SINAIS VITAIS

12:00 ;

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE SN

RP1531

ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA 24/10/2019 09:58

IP: 192.168.4.101





PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3
Emissão 24/10/2019 09:58

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0024332656 24/10/2019 às 09:48
Posto: POSTO 4B - HAPFOR Leito: 4016/2 Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

PORTOVAC	10:00 ;
14-CURATIVO COM ATADURA E GAZE	09:00 ;
ACOCHOADA MEDIO	
15-COMPRESSÃO COM ÉTER	SN

Reservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

RP1531

ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA 24/10/2019 09:58

IP: 192.95.4.101



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

Emissão 24/10/2019 09:58

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convenio: HAPIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

DL Nasc.: 08/05/1974
Nº Prescrição: 0024332656
Leito: 4016/2

Atendimento: 62878983
24/10/2019 às 09:48
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 9576012

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
PLAMET							
BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL (N) AMPL 2ML 1	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	HV Vol>Total: 500.00 Vig:			
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1	1	XYLOCAINA GELEIA 2% BISN 30 GR	5	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 L1			
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 1	1	LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD 1			
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1	TORNEIRA D3 VAS - 1 UD 1			
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	Retirada De Dreno De Portovac					
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMPL 10 ML 5	5				
DIPIRONA AMP							
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	2	LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1				
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	50				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	30				
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2	2				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 20	20				
CETOPROFENO IV							
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	Curativo Medio+St+Gaze Acolchoada					
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 3	3				
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	LUVA DESC. ESTERIL N.7.0 - 1 PA	1				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	50				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 L1	1				
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 1	1	TRANSOFIX - 1 UD	1				
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 L1	1	Curativo Com Atadura E Gaze Acolchoada Medi					
Puncão C/ Jato							
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1	GAZE ACOLOCHADA 15X30 PCT 30 CM	2				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2				
EXTENSOR 40CM C/2 VAS - 1 UD	1	CEFALOTINA					
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 L2	2				
WELX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2	2				
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2	2				
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4				
CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD 1	1	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2				
Sondagem Vesical De Alivio							
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2				
CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50	50	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20				
		EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2				
		KETLIN FRAP 1 UD	2				
		ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8				

RP1531

ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA 24/10/2019 09:58

IP: 192.85.4.101



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:18

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031439700000053944564

Número do documento: 20052221031439700000053944564

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/10/2019 09:04

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DL Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): ANTONIA ERICA PINHEIRO DE SOUSA, ENFERMEIRO(A), COREN 457309 [1] N°: 45948450 24/10/2019 às 08:56			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
Evolução de enfermagem	PACIENTE, J.C.S. SEXO MASCULINO, 45 ANOS, HD: 3º PO DE FRAT. DE TORNOZELO DIREITO. [1] - EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB's, EM REPOUSO NO LEITO. - BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL - AVP EM MSE FUNCIONANTE P/ TM + ATB, EM USO DE CEFALOTINA - TORAX SIMETRICO - ABDOMEN PLANO, E INDOLOR A PALPAÇÃO. - MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. FIXADOR EXTERNO MID. - DIURESE ESPONTANEA. EVACUAÇÕES PRESENTE - SEGUE SEM QUEIXAS. E AOS CUIDADOS DA EQUIPE. GERENCIAMENTO DE RISCO INFECCÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGISTICOS. RENOVAR CVP A CADA 72HS.	
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
Queda Adulto (Morse)	MÉDIO RISCO.	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Erica Pinheiro
COREN 457309 - ENF





DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
25/10/2019 00:11
01532_004

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24343184	25/10/2019 às 00:11	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	Enfermeiro(a):	IRIS ROQUE DE PAIVA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades
Laterais Levantadas

Mantido:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mantido:

1.5.3.2.004
25/10/2019 00:11



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:18

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031439700000053944564>

Número do documento: 20052221031439700000053944564

Num. 56090613 - Pág. 10



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de
25/10/2019 12:12 AM
@1512_02

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DT. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9578012
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24343186	25/10/2019 às 00:12	
Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: IRIS ROQUE DE PAIVA (COREN 525824)			
1 - OBSERVAR			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

[Handwritten signature]
2019





ANTONIO
CRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 25/10/2019 13:49

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc. 08/05/1974
Nº Prescrição: 24345989
Leito: 40162

Atendimento: 62878983
Prontuário: 9576012
Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

CRM-8260

2. Hidratação Venosa Fase Única

20.83 Vol. Total:
ml/cálculo 500 ml

500 ml

7.00 g/min

Acesso Periférico

CRM-8260

3. CEFALOTINA (1.00g)

Soro Fisiológico 0.9%

1g

1 FRAP (FRAP C/1GR) 66h EV

EV

Suspensão às 12:18 hs de 25/10/19

CRM-8260

4. CETOPIROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg

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

EV

CRM-8260

5. DIFENIDOL (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

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

EV

CRM-8260

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg

2 ML (AMPL C/100MG) 88h EV

EV

CRM-8260

Alta vigilância

Água Destilada

10mg

2 ML (AMPL C/10MG) 88h EV

EV

CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SN

CRM-8260

9. CURATIVO MEDIO-SF-GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-8260

10. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

CRM-8260

11. SINAIS VITAIS

SN

CRM-8260

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-8260

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-8260

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-8260

15. COMPRESSÃO COM ETER

SN

CRM-8260

16. Alta em: 25/10/2019

ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO

SN

CRM-8260

Ata dada por: RAFAEL BEZERIL NOGUEIRA

RAFAEL BEZERIL NOGUEIRA

CRM-8260

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-8260

RP1541

RAFAEL BEZERIL NOGUEIRA

IP: 192.85.4.101

25/10/2019 13:49



ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ATP

Página 1 de 1
Emissão: 25/10/2019 08:16

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Dt. Nasc. 08/05/1974
Nº Prescrição: 24345989
Leito: 40162

Atendimento: 62878983
Prontuário: 9576012
Peso: 80,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

33h ORAL

CRM-8260

2. Hidratação Venosa Fase Única

20,83

Vol. Total:

500 ml

500 ml

7,00 g/min

Acesso Periférico

CRM-8260

3. CEFALOTINA (1,00g) (DI12)

Soro Fisiológico 0,9%

1g

1 FRAP

(FRAP C/1GR)

66h

EV

18:00

18:00

00:00

06:00

CRM-8260

4. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP

(FRAP C/100MG)

88h

EV

18:00

18:00

06:00

CRM-8260

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

Água Destilada

1000mg

2ML

(AMP C/500MG)

66h

EV

18:00

18:00

06:00

CRM-8260

6. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2ML

(AMP C/100MG)

88h

EV

18:00

18:00

06:00

CRM-8260

Alta vigilância

7. FLAMET (5,00mg/ml)

Água Destilada

10mg

2ML

(AMP C/10MG)

88h

EV

18:00

18:00

06:00

CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVO

9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-8260

10. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

CRM-8260

11. SINAIS VITAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-8260

13. RETIRADA DE DRENO DE POROVAC

SN

CRM-8260

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-8260

15. COMPRESSÃO COM ETER

SN

CRM-8260

Profissional: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

IP: 192.85.4.101

25/10/2019 08:16



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 09:16

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Professional(is): FRANCISCA JOSIANE PACOAL MARTINS, ENFERMEIRO(A), COREN 548507 [1]	Nº: 45997875	25/10/2019	às 09:14

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT 25/10/2019
PACIENTE: J.C.S. SEXO MASCULINO. 45 ANOS, HD: 3º PO DE FRAT.
DE TORNOZELO DIREITO. [1]

- EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB's, EM REPOUSO NO LEITO.
- BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL
- AVP EM MSE FUNCIONANTE P/ TM + ATB, EM USO DE CEFALOTINA
- TORAX SIMETRICO
- ABDOMEN PLANO, E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. FIXADOR EXTERNO MID.
- DIURESE ESPONTANEA, EVACUAÇÕES PRESENTE
- SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE, POR HORA AGUARDA AVALIAÇÃO O DR JOÃO ROLIM PARA POSSÍVEL PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE FIXADOR A TARDE.

#GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: Atenção ao manuseio, orientar ao paciente quanto ao dispositivo em uso.
RISCO DE FLEBITE: Inspeccionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV.
Renovar acesso a cada 72 horas, conforme rotina da instituição.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	BAIXO RISCO.	[1]
Perda De Dispositivos	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
--------------------------	-----	-----

Francisca Josiana Pacoal Martins
COREN 548507 - ENF



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 22:12

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 4B - HAPFOR Leito: 4016/2

Profissional(is): MARIA RENATA DO NASCIMENTO PONTES, ENFERMEIRO(A), COREN 454496 [1] Nº: 46031842 25/10/2019 às 22.08

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	PACIENTE, J.C.S. SEXO MASCULINO, 45 ANOS, HD: 3º PO DE FRAT, DE TORNÓZELO DIREITO. [1] - EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB's, EM REPOUSO NO LEITO. - BOA ACEITAÇÃO DA DIETA OFERTADA VIA ORAL. - AVP EM MSE FUNCIONANTE. - TORAX SIMETRICO - ABDOMEN PLANO, E INDOLOR A PALPAÇÃO. - MANTIDO CURATIVO DE FO, LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. FIXADOR EXTERNO MID. - DIURESE ESPONTANEA. EVACUAÇÕES PRESENTE OBS: PACIENTE SEGUE DE ALTA MÉDICA, AGUARDANDO REMOÇÃO PARA MOSSORÓ. PREVISÃO DE CHEGADA DE AMBULANCIA É POR VOLTA DE 01HS. GESTORA ALESSANDRA CIENTE. - SEGUE SEM QUEIXAS, E AOS CUIDADOS DA EQUIPE. #GERENCIAMENTO DE RISCO: RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: Atenção ao manuseio, orientar ao paciente quanto ao dispositivo em uso. RISCO DE FLEBITE: Inspeccionar membro acometido com dispositivo, realizar desinfecção das conexões. Monitorar temperatura e avaliar SSVV. Renovar acesso a cada 72 horas, conforme rotina da instituição.
------------------------	--

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
--------------------------	-----	-----

M. Renata do N. Pontes
 Enfermeira
 COREN-CE: 454.496



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 03:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2
Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS, MÉDICO, CRM 15346 [1] Nº: 45789268 21/10/2019 às 03:56

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#ORTOPEDIA [1]
-PCT EM PO-IMEDIATO POR FX OSSOS DA PERNA COM FIXADOR
EXTERNO TRANSARTICULAR À DIREITA.
-CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIA. PCT EVOLUI BEM.
-CD:
A SR
AGUARDA AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO TRAUMA PARA A
POSSIBILIDADE DE SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO.

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

DR DANIEL DESCHAMPS
MÉDICO
CREMEC 15346



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 08:27

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]	Nº: 45794936	21/10/2019	às 08:26

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PÓS OP DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL COM FIXADOR EXTERNO
EVOLUI ESTÁVEL MAS AINDA SEM CONDIÇÕES DE SÍNTESE
DEFINITIVA PLEO LINFEDEMA GRAVE
CONDUTA - VPM

[1]

CID 10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260





EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

22/10/2019 08:28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE JA - HAPTOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

DL. Nasc.: 06/06/1974

Altitude: 62078983

Procedimento: 05/5012

Condição: HAPVIA

Posto: POSTO 4B - HAPFOR

Leito: 40762

Profissional: RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA, MEDICO, CRM BR 0111

Nº: 45346148 22/10/2019 às 08:22

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

2 POS OP DE FRATURA DE PLATO TIBIAL, COM FIXADOR EXTERNO
EVOLUI ESTABILIZADA AS SINTOMAS DE SINTOMAS
DEFINITIVA FICOU INFERIOR GRAVE, SOLICITO DE PLANO TO
CONDUZTA, SE MELHOR AMANHÃ FAREMOS A SINTOMAS DEFINITA A
TARDE.

5803 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CID 10

T1

Dr. Rafael Bezerra Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:18

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031439700000053944564>

Número do documento: 20052221031439700000053944564

23/10/2019 10:20

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	DL Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]	Nº: 45904495	23/10/2019	às 10:19

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO**Evolução Do Paciente**

3 PO DE FIXADOR EXTERNO POR FX DE PILA TIBIAL D
EVOLUI COM EDEMA ACENTUADO DE PARTES MOLES,
APRESENTANDO AINDA MAS CONDIÇÕES DE ABORDAGEM
CIRÚRGICA PARA HOJE

[1]

CD: REAVALIAR PARA ABORDAGEM DEFINITIVA NA QUINTA OU
SEXTA PELA MANHÃ

CID 10

S623 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]


Tácio Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEOT 15349



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/10/2019 09:47

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA, MÉDICO, CRM 14255 [1]	Nº: 45951178	24/10/2019	às 09:46

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	4 PO DE FIXADOR EXTERNO POR FX DE PILA TIBIAL D EVOLUI COM EDEMA ACENTUADO DE PARTES MOLES, APRESENTANDO AINDA MAS CONDIÇÕES DE ABORDAGEM CIRURGICA PARA HOJE CD: REAVALIAR PARA ABORDAGEM DEFINITIVA NA SEXTA PELA MANHA	[1]
CID 10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]

Dr. Saulo Lacerda
CREMEC: 14255
TEOT: 15.369



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/10/2019 13:48

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 4B - HAPFOR	Leito: 4016/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MEDICO, CRM 8260 [1]		Nº: 46012063	25/10/2019 às 13:47
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO			
Evolução Do Paciente	sem condições de fazer a cirurgia pelo linfedema programado com d rjoso rolim para ser realizado dia 02/11 em Mossoro		[1]
CID 10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		[1]



Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

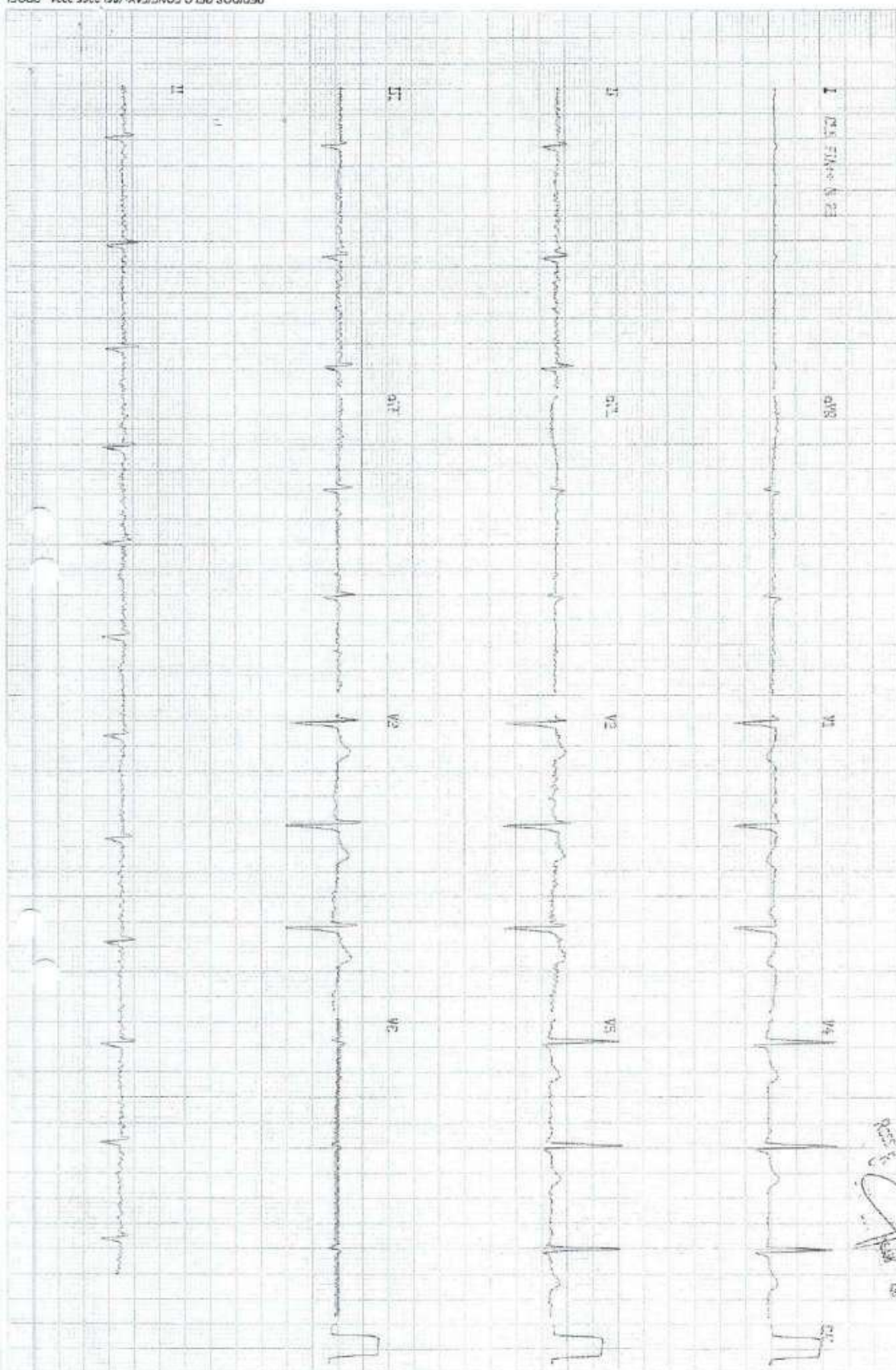


Clara Leal do Santos 45 anos,
 HCT - Hepática menor RA 11:40 hs

19/05/2019

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:18
 https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031439700000053944564
 Número do documento: 20052221031439700000053944564

PERIÓDOS POR O SONOGRÁFICO - 12/05/2019 - 12/05/2019





**CONTROLE E REGISTRO
DOS MATERIAIS
ESTERELIZADOS E
UTILIZADOS NO TRANS-
OPERATÓRIO**

Nome: Jean Carlos dos Santos
Data Nascimento: 08 / 05 / 1974
Atendimento: 62878983

Médico: Dr.

Procedimento: Fixação externa

Técnicos de sala: Silvania + Paula

Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim () Não (☒)

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA
<u>Plástica</u>	<u>19.10.2019</u>	<u>0709</u>	<u>308</u>	<u>Atu.</u>
<u>Vesical</u>	<u>20.10.2019</u>	<u>0756</u>	<u>844/2</u>	<u>-</u>

134°C-5.3mins/121°C-15mins



LOT 033471

**A ANEXAR ETIQUETAS DE
BANDEJAS DE CME COM CÓDIGOS E
INTEGRADORES**

ANTONIO PRUDENTE CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da Caixa	<u>Plástica</u>	Método de Esterilização:	<u>Á VAPOR</u>
			<u>29.10.2019</u>

ANTONIO PRUDENTE CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da Caixa	<u>Vesical</u>	Método de Esterilização:	<u>Á VAPOR</u>
			<u>20.10.19</u>
Nº Caixa	<u>0756</u>		<u>20.04.20</u>
			<u>844/2</u>
Nome e Sobrenome Responsável pelo	<u>D. hui</u>		

PACIENTE





RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 24/10/19
Nº PRONTUÁRIO: 62828983

NOME COMPLETO: Antonio Prudente

DATA NASC: 08/05/74 IDADE: 45 PESO: SEXO: (M) (F)

CIRURGIA REALIZADA: Fúrcula e esterno

CIRURGIÃO: Dr. D. Carlos

HORA DA ENTRADA NA RPA: 04:10

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (lpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dL)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
04:10	130/74	65	18	36,2	-	98	0	Awake
04:25	128/69	60	18	35,2	-	98	0	Awake
04:30	110/75	65	18	35,6	-	98	0	Awake
04:55	109/65	60	18	36	-	98	0	Awake
05:10	155/69	65	18	36	-	98	0	Awake
05:40	124/70	60	18	36	-	98	0	Awake
06:10	110/65	60	18	36	-	98	0	Awake

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	E capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% de nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	E capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO2	TOTAL
04:10	1	1	2	2	2	7
05:10	1	1	2	2	2	7
06:10	1	1	2	2	2	7

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO DA ACTA DA RPA: 13:53
MÉDICO: Dr. Carlos
ENFERMEIRO(A): Enfermeira



PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Seam Carlos dos Santos
Data de nascimento	08/03/94
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Graciele (mãe)
Procedimento a ser realizado	Fratura tibia

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		MSD

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré operatório				
Tricotomia cirúrgica				

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade	X		
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou :

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:	X		
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica	X		

Local e data: Fartidaga, 21/10/19 Horário: 01:00

Seam Carlos dos Santos

Karlane Matos
Assinatura do(a) responsável legal
Téc. Enfermagem
COREN 641172

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário





Nome completo: João Carlos dos Santos Data de nascimento: 05/05/74 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 22/10/19 Hora: _____ Unidade de origem: B.P.A Unidade de destino: IA (4016)
Responsável pelo transporte: _____ () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Qtd. Omeprazol
Diagnóstico(s): Emet. Vômito
Sinais Vitais: PA: 120/68 mmHg FC: 69 bpm FR: 18 rpm T: 36,4
SpO2: 99 % Escala de dor: _____
Medicamentos em uso: _____
Riscos gerenciados: () Não se aplica (x) Flebite () TEV () LPP (x) Queda () Outros: _____
Protocolos gerenciados: (x) Não se aplica () Sepse () Dor torácica () Outros: _____
Suporte de oxigênio: (x) Não () Sim () Cateter () mm () Nebulização () mm () Ventilação mecânica
Acessos vasculares: () Não () Sim () CVC (x) VVP () PICC () Port a cath () Outros: _____
Sondas, drenos, ostomias: (x) Não () Sim Qual?: _____
Outros dispositivos: () Não (x) Sim Qual?: Fixador externo de RSG
Lesão de pele: (x) Não () Sim Local: _____ Estágio: _____
Curativos: () Não (x) Sim Qual produto?: _____
Precaução: (x) Não () Sim () Contato () Aerosóis () Gotículas
Monitorização: (x) Não () Sim Qual?: _____
Nível de consciência: (x) Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso
Locomoção: (x) Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado
Transporte utilizado: () Cadeira de rodas (x) Mola () Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: () Não () Sim () HAS () DM () JAVC () DPOC () Outros: _____
Alergias: (x) Não () Sim Qual?: _____
Procedimentos realizados: () Não () Sim Qual?: _____
Valores, freças, barreiras: () Não () Sim Qual?: _____

AValiação

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências

() Não () Sim Quais?: _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Origem: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: _____

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame: () Não () Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual?: _____
Conduta imediata: () Não () Sim Qual?: _____
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? () Não () Sim
Sinais Vitais: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm T: _____ °C
Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável Unidade de Origem: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: _____



ANTONIO PRUDENTE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

Código: FORMULÁRIO: 015 Setor: GESTÃO DA QUALIDADE Página: 1 de 1

Data de Revisão: 10/09/2018 Data de Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: João Carlos da Silva Data de Nascimento: 08.05.1972

Nº do prontuário: 5252 Data de admissão: 20.10.19

Leito: 5252 Data da realização da escala: 20.10.19

Item	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História de queda anterior	1	Não	1
B	Condições de saúde	4	Sim	4
C	Estado de consciência e orientação	1	sem doenças crônicas	1
D	Estado psico-cognitivo	2	doenças crônicas	2
E	Comprometimento sensorial	2	doenças oportunistas	2
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	2	Uso de medicamentos	2
G	Aferências nas nomenclaturas	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	1
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	2
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	2
		4		4
		1	Alerta e calmo	1
		2	Depressivo	2
		3	Anioso	3
		4	Agitação psicomotora	4
		1	sem comprometimento sensorial	1
		2	comprometido auditivo	2
		3	comprometido visual	3
		4	comprometido sensorial	4
		1	Independente e sem fator de risco	1
		1	Aparado	1
		1	Locomove-se apenas com ajuda	1
		2	Locomove-se com cadeira de rodas	2
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	3
		4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	4
		1	Não	1
		4	Sim	4

SOMA DOS PONTOS:

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/RISCO ALTO	10-20	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

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

Fonte: Ministério da Saúde/ANVISA/Fiorenza (Protocolo de Prevenção de Quedas, 2013/Anexo 01)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:18

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031439700000053944564

Número do documento: 20052221031439700000053944564

Nome completo: João Carlos dos SantosData de nascimento: 20/10/19

Número do registro hospi

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 20/10/19

Hora: _____

Unidade de origem: Unidade deUnidade de destino: Unidade deResponsável pelo transporte: ☒ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: TransferênciaDiagnóstico(s): Infecção de

Sinais Vitais: PA _____

mmHg _____

FC: _____

bpm: _____

FR: _____

rpm: _____

T: _____

°C _____

SpO2 _____ % Escala de dor _____

Medicamentos em uso _____

Riscos gerenciados _____

☒ Não se aplica ☐ Flebite ☐ TEV ☐ LPP ☐ Queda ☐ Outros: _____

Protocolos gerenciados _____

☒ Não se aplica ☐ Sepsis ☐ Dor torácica ☐ Outros: _____

Suporte de oxigênio _____

☒ Não ☐ Sim ☐ Cateter l/min ☐ Nebulização l/min ☐ Ventilação mecânica

Acessos vasculares _____

☒ Não ☐ Sim ☐ CVC ☐ PICC ☐ Port a cath ☐ Outros

Sondas, drenos, ostomias _____

☒ Não ☐ Sim Qual?: _____

Outros dispositivos _____

☒ Não ☐ Sim Qual?: _____

Lesão de pele _____

☒ Não ☐ Sim Local: _____

Estágio: _____

Curativos _____

☒ Não ☐ Sim Qual produto?: _____

Precaução _____

☒ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Aerosóis ☐ Gotículas

Monitorização _____

☒ Não ☐ Sim Qual?: _____

Nível de consciência _____

☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso

Locomoção _____

☒ Deambula sem auxílio ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado

Transporte utilizado _____

☒ Cadeira de rodas ☐ Maca ☐ Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

B

Antecedentes _____

☒ Não ☐ Sim ☐ HAS ☐ DM ☐ AVC ☐ DPOC ☐ Outros

Alergias _____

☒ Não ☐ Sim Qual?: _____

Procedimentos realizados _____

☒ Não ☐ Sim Qual?: _____

Data: ____/____/____

Valores, crenças, barreiras _____

☒ Não ☐ Sim Qual?: _____

AVALIAÇÃO

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências

☐ Não ☐ Sim Qual(is)?: _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

20.10.19

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

Jeniffer F. Carneiro
COREN-CE 619.637-FNF

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame: ☐ Não ☐ SimPaciente apresentou intercorrência durante o exame: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____Conduta imediata: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? ☐ Não ☐ Sim

Sinais Vitais: PA _____

mmHg _____

FC: _____

bpm: _____

FR: _____

rpm: _____

T: _____

°C _____



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

20/10/2019 14:43

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772349 20/10/2019 às 14:40

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	À DEFINIR	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA DIREITA	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMG CIRURGICA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Exames Complementares	Sim. LAB + RX + TC + ECG.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de

21/10/2019 03:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]
MARIA SILVANIA MORAES MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 879196 [2]
MARIA SILVANIA MORAES MELO COREN 879196 [3]

Nº: 45772349 20/10/2019 às 14:40

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	À DEFINIR	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA DIREITA	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente	EMG CIRURGICA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Exames Complementares	Sim. LAB + RX + TC + ECG.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	Sim.	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	Não.	[3]
Veias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[2]
Via Aérea Difícil	Não.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	sim.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[3]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[3]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	[3]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

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



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

21/10/2019 03:00

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Procedimento	sim.	[3]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[3]
Checgem Completa Dos Equipamentos	sim.	[3]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[3]
Checgem Completa Das Medicções Anestésicas	sim.	[3]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[3]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[3]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[3]
AC RMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[3]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	sim.	[3]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[3]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[3]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[3]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[3]
Especificar	sim.	[3]



REGULAÇÃO

TIPO DE REMOÇÃO: Remoção simples

PACIENTE: JEAN CARLOS DOS SANTOS **DN:** 08/05/1974 45 ANOS
CÓD: B5202000115002016 **DIAS DE CARÊNCIA:** 1902 DIAS **TEMPO DE PLANO:** 2A e5M

REGULADO COM DR: JOÃO ROLIM

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TORNOZELO D.

HOSPITAL DESTINO: Hospital Antônio Prudente – HAPFOR-
HOSPITAL DE ORIGEM: Hospital Rodolfo Fernandes -HRF – MOSSORÓ-RN

ENFERMEIRA DO CENTRO CIRÚRGICO :HAPFOR- (85) 3277-4030
jaqueline

ENFERMEIRA DO TRAUMA :HAPFOR- (85) 3277-4013
Luana vieira

ENFERMEIRA HOSPITAL ORIGEM: HRF (84) 3315-6800
Aliana Gurgel

SUPERVISÃO – HAPFOR-(85)9.9129-0345
Luana

CENTRAL DE LEITO– HAPFOR-(85)3277-4343
Ranieri

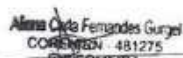
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: HRF
Ilhahra Uchóa - ciente

DIREÇÃO MEDICA : HRF
Dr. Narcisio Bessa – ciente

DIREÇÃO ADMINISTRATIVA : HRF
Leiliane Cortez -ciente

OBS: PACIENTE VAI PARA REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA DIA 20/10/19 POR VOLTA DAS 14:00 HS, CONFORME SOLICITAÇÃO DE DR. JOÃO ROLIM.

Mossoró, 19 de outubro de 2019


Aliana Carla Fernandes Gurgel
Coren/rn 481275
Enfermeira





REGULAÇÃO

TIPO DE REMOÇÃO: Remoção simples

PACIENTE: JEAN CARLOS DOS SANTOS **DN:** 08/05/1974 45 ANOS
CÓD: B5202000115002016 **DIAS DE CARÊNCIA:** 1902 DIAS **TEMPO DE PLANO:** 2A e5M

REGULADO COM DR: JOÃO ROLIM

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TORNOZELO D.

HOSPITAL DESTINO: Hospital Antônio Prudente – HAPFOR-
HOSPITAL DE ORIGEM: Hospital Rodolfo Fernandes -HRF – MOSSORÓ-RN

ENFERMEIRA DO CENTRO CIRÚRGICO :HAPFOR- (85) 3277-4030
Jaqueline

ENFERMEIRA DO TRAUMA :HAPFOR- (85) 3277-4013
Luana vieira

ENFERMEIRA HOSPITAL ORIGEM: HRF (84) 3315-6800
Aliana Gurgel

SUPERVISÃO – HAPFOR-(85)9.9129-0345
Luana

CENTRAL DE LEITO– HAPFOR-(85)3277-4343
Ranieri

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: HRF
Ilhahra Uchôa - ciente

DIREÇÃO MEDICA : HRF
Dr. Narcisio Bessa – ciente

DIREÇÃO ADMINISTRATIVA : HRF
Leiliane Cortez -ciente

OBS: PACIENTE VAI PARA REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA DIA 20/10/19 POR VOLTA DAS 14:00 HS, CONFORME SOLICITAÇÃO DE DR. JOÃO ROLIM.

Mossoró, 19 de outubro de 2019

Aliana Carla Fernandes Gurgel
COREN/RN 481275
Enfermeira





paciente	JEAN CARLOS DOS SANTOS	Idade	45 (A)
médico	ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA	Coleta	03- Unidade 24 Horas
convênio	HAPVIDA ELETIVO	Entrega	01- Impresso
		Data da Coleta	19/10/19 15:13
		Data da Entrega	19/10/19 17:09

RESULTADO

TAP - TEMPO DE PROTROMBINA

Tempo do Paciente.....	13,60	seg	11,00 a 12,50
Tempo Controle.....	13,00	seg.	
Atividade Protrombinica.....	87,00	%	70,00 a 100,00
Relação.....	1,04		
INR.....	1,07		Até 1,26
Método : Tromboplastina Cálcica			

TTPA - TEMPO DE TROMB. PARCIAL ATIVA

Tempo de Tromboplastina Parcial..	42,10	30,00 a 45,00
Ativado	1,35	
Relação P/N.....	31,00	
Controle Normal.....		
Método : Automatizado		

COAGULOGRAMA COMPLETO

Tempo de Coagulação.....	5:00	min.	5 a 10 minutos
Tempo de Sangramento.....	1:15	min.	1 a 3 minutos
Prova do Laço.....	Negativo		Negativo
Contagem de Plaquetas.....	278.000	mm3	150.000 a 400.000
Método :			


Dr. Denato Junior de Holanda
CRF 3217/RN

Folha: 2 de 3

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



Plasma Diagnósticos

Sede: Rua Melo Franco, 59 - Centro
Unidade HAPVIDA 24h: Av. Diocesana, 260 - Nova Betânia
Unidade CMC: Rua José Otávio, 113 - Centro
Unidade MasterClin: Rua Chico Pedro, 13 - Alto de São Manoel
Unidade Abolição: Av. Abel Coelho, 1455 Lj. 02 - Abolição 4
SAC: (84) 3321.6008 / 3321.6435 / 98829.4792
www.plasmadiagnosticos.com.br



Paciente JEAN CARLOS DOS SANTOS	Idade 45 (A)
Médico ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA	Data da Coleta 19/10/19 15:13
Convênio HAPVIDA ELETIVO	Data da Entrega 19/10/19 17:09
Coleta 03- Unidade 24 Horas	Entrega 01- Impresso

RESULTADO

GLICOSE

Método : Enzimático Colorimétrico
V.R. : 60 a 99 mg/dL
Comentário: -Glicemia de jejum entre 100 a 125 mg/dL: Glicemia de jejum inadequada (GJI).
-Glicemia de jejum acima de 125 mg/dL: Critério para diagnóstico da Diabetes mellitus. -Recomendações da American Diabetes Association (2004).

101,0 mg/dL

URÉIA

Método : Urease Modificado
V.R. : 10 a 50 mg/dL

29 mg/dL

CREATININA

Material : Soro
Método : Cinético Colorimétrico
V.R. : 0,70 - 1,20 mg/dL

0,81 mg/dL

Estimativa Ritmo da Filtração Glomerular

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

103 mL/min/1,73 m2

Dr. Donato Junior de Holanda
CRF 3217/RN

Folha: 3 de 3

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





Paciente JEAN CARLOS DOS SANTOS	Coleta 03- Unidade 24 Horas	Idade 45 (A)
Médico ANDRE PEREIRA PAIVA MOURA	Entrega 01- Impresso	Data da Coleta 19/10/19 15:13
Convênio HAPVIDA ELETIVO		Data da Entrega 19/10/19 17:09

RESULTADO

HEMOGRAMA

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

Eritrograma

Hemácias em milhões:	4,27 μ^2
Hemoglobina	13,4 g/dL
Hematócrito	38,3 g/dL
VCM	89,69 fL
HCM	31,38 pg
CHCM	34,98 g/dL
RDW	15,0 %

Valores de Referência	
Homens	Mulheres
4,5 - 6,5	4,0 - 5,6
13,5 - 18,0	11,5 - 16,0
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0
82,0 - 93,0	
27,0 - 32,0	
32,0 - 36,0	
12,0 - 16,0	

Leucograma

Leucócitos	88 %	9.300 /mm ³
Neutrófilos	0 %	8.184 /mm ³
Bastões	88 %	8.184 /mm ³
Segmentados	1 %	93 /mm ³
Eosinófilos	8 %	744 /mm ³
Linfócitos	3 %	279 /mm ³
Monócitos		278.000 /mm ³
Plaquetas		

Valores de Referência	
4.000 - 11.000	
54 - 62	2.700 - 6.200
3 - 5	150 - 500
54 - 62	2.700 - 6.200
2 - 5	100 - 500
20 - 35	1.000 - 3.500
3 - 8	150 - 800
150.000 - 450.000	


Dr. Donato Junior de Holanda
CRF 3217/RN





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64384 /2019
Admissão: 19/10/2019 10:16:20

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS (45 a 5 m 11 d) Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 08/05/1974 Natural: MOSSORO, BRASIL Prof.:
CNS: 709808087653492 CPF: 96962119453 Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS
Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS
Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039 Cidade: MOSSORO
CEP: 59621060 Bairro: BARROCAS Compl.:
Telefone: 84.988446956

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: SAMU.						Classificação:		PESO:	
						19/10/2019 10:12:48		Glasgow	RTS
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.		
	110 80		99		16				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos. queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO
Hora: 10:25

Paciente, portador de queda de moto, trouxe
contusão no abdômen. Estava com capacete, o qual
não se desprende da cabeça. Nega náuseas,
e deformidade em membros superiores. Apresenta dor
4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 com
E - Deformidade e
D.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) Sólido Poço X de tomazelo D.			
2) Sólido Poço X de tomazelo D.			
3) Alta de Urgência (cont. Reabilitação), S. Membro.		10:45	KLISA
4) Dipirona 2ml + 8ml, EV. Capax.		10:45	KLISA
5) SFL 500 ml, EV.			

Romney Vieira Alves
CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO
CIRURGIA GERAL
CRM/RN 6382

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)
CID 582.1 Proc 0408050497 Data: 1/19. Hr: Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

(Assinatura)
Dr. Igo Wellesko M. de Lira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6428



Ortopedia
Ra Fc de tumor b metastático
Cr A3 h6 cr ganglionar
p1 processado

Dr. Igo Walecio M. de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6429



hapvida

Faz bem por você

(Preencher quando não houver anexo)

Nome completo (paciente):

João Carlos dos Santos

CPF:

Data de Nascimento: 08/05/1974

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiológico abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico: raquiorecência ou a seguinte alternativa anestésica _____

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

20 de Outubro de 20 19

Hora: _____

Nome legível: _____

Assinatura: João Carlos dos Santos

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Marceli Casali
Médico Anestesiológico
CREMEC 11280

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Ademir Carlos Samões

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: 415

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

Cardio-circulatório ☒ Negativo Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras		Câncer ☒ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Outras		Exame Físico Cardíaco Resp. Neurol. Regional Outro							
Respiratório ☒ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras		Infeccioso ☒ Negativo ☐ HIV ☐ Outras		Laboratório <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Na</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </table>		Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose
Hb	Ht	Na									
K	Plaquetas	Glicose									
Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômitos/diarreia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obst. intestinal ☐ Outras		Gravidez ☒ Negativo ☐ Idade gestacional: _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano ☒ Negativo Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo Idade gestacional: _____ semanas Idade pós-conceitual: _____ semanas (Idade gest. + idade atual)		Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia) _____ _____ _____							
Neurológico ☒ Negativo ☐ Convulsões ☐ Dormência/fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras		Hábitos Sociais ☒ Negativo ☐ Tabaco ☐ Alcool ☐ Outras		Via aérea História de via aérea difícil ☐ Sim ☒ Não							
Renal ☒ Negativo ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras		Alergias ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Tipo/Agente	Reação			Mallampati ☐ I ☐ II ☐ III ☒ IV Distância esterno/mento _____ cm Dentição/Prognatismo			
Tipo/Agente	Reação										
Hematológico ☒ Negativo ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopenia ☐ Outras		Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo <table border="1"> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes				Outros Hemorragias ☒ Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glób	
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes									
Músculo esquelético ☒ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Musculodistrofia ☐ Outras		Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☒ Não ☐ Sim		Avaliação ASA ☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V Emergência: ☐ Sim ☒ Não							
Endócrino ☒ Negativo ☐ Diabetes tipo _____ ☐ Patologia da tireóide ☐ Outras		Histórico familiar - problemas com anestesia ☒ Não ☐ Sim		Planejamento Anestésico _____ _____							

Comentários sobre os achados

Marcelo Casali
Médico Anestesiologista
CREMEC 11280



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de

21/10/2019 04:

PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Número: HAPVIDA

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]
MARIA SILVANIA MORAES MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 879196 [2]
MARIA SILVANIA MORAES MELO COREN 879196 [3]

Nº: 45772438 20/10/2019 às 14:43

ACIENTE		[1]
Data De Admissão	20/10/2019	
PRÉ-OPERATÓRIO		[1]
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	20/10/2019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA DIREITA	[1]
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NÃO TOMA.	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Sim.	[1]
Internações Anteriores	NEGA	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
Reserva de Hemoderivados		[1]
Higienização	Sim	[1]
Unhas, Dentes, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO		[1]
Jejum	Sim.	[1]
Conservado	Sim	
CONFORTO		[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		[1]
Data	20/10/2019	
Hora	14:46	
INTRA-OPERATÓRIO		[2]
Responsável Pelo Recebimento	TEC. KATIANE	[3]
Hora	03:00HS	[2]
Sala	01	[2]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	INTREGA	[3]
Início Da Anestesia	03:10MIN	[3]
Fim Da Anestesia	04:00HS	[3]
Fim Da Cirurgia	03:10MIN	[3]



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:18

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031439700000053944564>

Número do documento: 20052221031439700000053944564

Num. 56090613 - Pág. 41

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

21/10/2019 04:

PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Paciente: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Término Da Cirurgia	03:50MIN	[3]
Instrumentador	PAULA	[2]
Circulante	SILVANIA	[2]
Posição do paciente durante o ato operatório	Dorsal.	[2]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[2]
Numero Total De Compressas Inseridas	10 UD	[2]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[2]
Medicações/hora	FICHA DE ANESTESIA	[2]
Clorexidine Alcoólico	Sim	[2]
Clorexidine Degermante	Sim	[2]
Grau De Contaminação	Limpa.	[2]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[2]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	21.10.2019	[2]
Hora	03:30MIN	[2]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	J.C.S, 45 ANOS, PACIENTE ADMITIDO NO CC PARA SUBMETER A CIRURGIA DE FIXADOR EXTERNO MID. COM DR. DANIEL, SOB ANESTESIA RAQUE E SEDAÇÃO, COM DRA REISALLA, COM ACESSO PERIFERICO MSE, CURATIVO SIMPLES, PULSEIRA MSD, NEGA ALERGIAS, ENCAMINHADO PARA SRPA. SEGUEM EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	SIM	[2]
Punções Venosas	MSD	[3]

PÓS-OPERATÓRIO

Silvania



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/10/2019 14:50

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2
Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772438 20/10/2019 às 14:43

PACIENTE

Data De Admissão 20/10/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência [1]

Data Da Cirurgia 20/10/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE TIBIA DIREITA [1]

Pulseira De Identificação MSD [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NÃO TOMA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não [1]

Etilista Sim [1]

Internações Anteriores NEGA [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia [1]

Reserva de Hemoderivados Não [1]

Reserva de Hemoderivados [1]

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum Sim [1]

Conservado Sim [1]

IFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 20/10/2019 [1]

Hora 14:48 [1]

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF



Admissão: 19/10/2019 10:16:20

CIRURGIA GEFAL - AMARELO

Paciente: 51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS (45 a 5 m 11 d)
Nascimento: 08/05/1974

Nascimento: 08/05/1974

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 709808087653492

CPF: 96962119453

Prof:

Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039

CEP: 59621060

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.988446956

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: SAMU.

Classificação:

19/10/2019 10:12:48

PESO:

[illegible]

HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos, queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO

Hora: 10:25

Hora: 10:25
 Paciente, sistema de queda de peso, trouxe
 contendo pedalo. Estava com cofalite, o qual
 não se desprendeu da cabeça. Negro, mais ou menos,
 e deformidade em tamanho D. Afirmação dos
 4, B, C, D em a. (D = EC 615)
 E - Deformidade 2 dos em peças de tamanho
 D.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1	Soluto Poix X de tomazelo D.			
2	Soluto Poixen do ocladina			
3	Alto de Ungra Anal. Prensão, 3x Naloxônio.			
4	Disinano 2ml + 8ml, EV. Casca.		10:45	14:50
5	SPL 500 ml, EV. 1		10:45	14:54

Rommel Vieira Alves
 CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO
 CLÍNICA GERAL
 CRM 6362

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORO

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 587.1 Prog 04080 50497

Data: / /19. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

(Assessor e Carimbar)

(Assinatura)
Dr. Igo Walewski M.D. de Orléans
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6428



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CLAUDEENOR CARVALHO DE CASTRO

CPF: 533.593.803-04 DATA NASCIMENTO: 26/11/1975

FILIAÇÃO: FRANCISCO SILVA DE CASTRO
MARIA DE FATIMA CARVALHO CASTRO

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 00764330271 VALIDADE: 16/09/2024 1ª HABILITAÇÃO: 29/07/1999

OBSERVAÇÕES: A

Claudenor C de Castro

LOCAL: MOSSORO, RN DATA EMISSÃO: 17/09/2019

Janielson Pereira de Oliveira
Diretor Geral - Detran RN

75884171859
RN706388143

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1828326648

PROIBIDO PLASTIFICAR 1828326648



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014100528864

1 01188292193 2019

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

533.593.803-04 QGSE64
9C2KD0810XR139146

PASSAGIRO/MOTOCICLISTA/IMO APLICAR ALCOOL-GASOL
HONDA/NXR160 BROS ESDD

13/05/2019
R\$ 0.00
R\$ 014920 3x R\$ *****

TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

ALVEN. FID. EM MANO DE: 03.534.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: KD08E1X139172

MOSORO/RN



17/04/2019

RN Nº 014100528864 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 17/04/2019

533.593.803-04 QGSE64
01188292193 HONDA/NXR160 BROS ESDD
9C2KD0810XR139146

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAG (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) ICV (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)
COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE DURAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.240.000/0001-04

MAR-2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 969.621.194-53 4 - Nome completo da vítima: João Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: João Carlos dos Santos 6 - CPF: 969.621.194-53
7 - Profissão: leiturista 8 - Endereço: Herculano Couto
9 - Número: 2039 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.621-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVI) ☐ Divorçado ☐ 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 (nascido)? ☐ 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116247/20
Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS
CPF: 969.621.194-53
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/10/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JEAN CARLOS DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO : 533.593.803-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEAN CARLOS DOS SANTOS : 969.621.194-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020
Nome: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO
CPF: 533.593.803-04

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Francisca Valeria Tavares de Miranda
CPF: 063.454.894-84

Francisca Valeria Tavares de Miranda



PROCURAÇÃO

Outorgante:

Jean Carlos dos Santos, brasileiro (a), estado civil Solteiro,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Herculano Couto,
Nº 2039 Bairro Barrocas, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.621-060,
portador(a) do RG nº 003469666, SSP/ RN e CPF nº 969.621.194-53.

Outorgado:

Claudemir Carvalho de Castro brasileiro(a), estado civil Solteiro,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Herculano Couto,
Nº 2039, Bairro Barrocas, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.621-060,
portador(a) do RG nº 3332882, SSP/ RN e CPF nº 533.593.803-24.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura Invalididade, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Jean Carlos dos Santos ocorrido em 19/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, subestabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Mossoró, 25 de Novembro de 2019

SEGUNDO
OFÍCIO
DE NOTAS

Jean Carlos dos Santos
Outorgante

CPF Nº 969.621.194-53

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verda

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE Mossoró - RN
Rua Santos Dumont, 10 - Centro - Titular: LÍVIA KARINA FREITAS DA SILVA - E-mail: carterinamossores@sefaz.rn.gov.br
Cênc. (84) 33210312 - E-mail: carterinamossores@sefaz.rn.gov.br

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: JEAN CARLOS DOS SANTOS (969.621.194-53).
Confira em: <https://selodigital.trn.jus.br>
Selo Digital: RN201900949460037100PEN.
Mossoró-RN, 25 de novembro de 2019 14:14
Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabeliã Substituta
Cid: Felipe Emol: 2,83 ISSQN: 0,14 - TOTAL: 2,97

AB156638



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116247/20

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

CPF: 969.621.194-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEAN CARLOS DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO : 533.593.803-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEAN CARLOS DOS SANTOS : 969.621.194-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020
Nome: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO
CPF: 533.593.803-04

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Francisca Valeria Tavares de Miranda
CPF: 063.454.894-84

Francisca Valeria Tavares de Miranda





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, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149329

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEAN CARLOS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15708627

Pag. 00209/00210 - carta_01 - INVALIDEZ

00020105





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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149329

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEAN CARLOS DOS SANTOS

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 tornozelo 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: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001102-9

Conta: 000000020258-4

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 969.621.194-53 4 - Nome completo da vítima: Jean Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Jean Carlos dos Santos 6 - CPF: 969.621.194-53
7 - Profissão: Letreiroista 8 - Endereço: Herculano Couto
9 - Número: 2039 10 - Complemento:
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Mossoró
13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.621-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: Bradesco
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1102 9 CONTA: 0020258 4
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ 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 (nascido)? ☐ 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 pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059267/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 15:20 Data/Hora Fim: 14/11/2019 15:37
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 19/10/2019 09:35

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Avenida Abel Coelho

Bairro: Abolição
Nº: 407
CEP: 59.612-300

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEAN CARLOS DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 08/05/1974

Profissão: Letturista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Em Serviço: Sim

Nome do Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 969.621.194-53

RG - Carteira de Identidade: 001469666

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: HERCULANO COUTO

Bairro: BARROCAS

Telefone: (84) 98886-7714 (Celular)

Nº: 2039

CEP: 59.621-060

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição moto envolvida acidente

Placa QGS6F64

Número do Motor KD08E1K139172

Ano/Modelo Fabricação 2019/2019

UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 533.593.803-04

Renavam 01188292193

Número do Chassi 9C2KD0810KR139146

Cor VERMELHA

Município Veículo Mossoró

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/04/2019



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 14/11/2019 15:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:18

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031439700000053944564>

Número do documento: 20052221031439700000053944564

Num. 56090613 - Pág. 55



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059267/2019

Situação do Veículo	ALIENACAO FIDUCIARIA	Envolvimentos
Nome Envolvido	JEAN CARLOS DOS SANTOS	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo a motocicleta acima citado na Avenida Abel Coelho, Quando um carro freou bruscamente em sua frente; Que o comunicante não teve tempo de frear e acabou colidindo na traseiro do carro, Que caiu no chão e quebrou a tibia; Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital Regional Tarcisio Maia. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.338-2
Responsável pelo Atendimento

Jean Carlos dos Santos
JEAN CARLOS DOS SANTOS
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima asseridas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 14/11/2019 15:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:18

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031439700000053944564>

Número do documento: 20052221031439700000053944564

Num. 56090613 - Pág. 56

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 969.621.194-53 4 - Nome completo da vítima: João Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: João Carlos dos Santos 6 - CPF: 969.621.194-53
7 - Profissão: leiturista 8 - Endereço: Herculano Couto
9 - Número: 2039 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.621-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ 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 (nascido)? ☐ 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Cadea por Lei 10.438, de 26/04/03
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
Compostos Esquema de Rua Quilômetro 55, Km 55
Rua Sampaio 150 - Bloco 1111 - 60. CEP 5505-210
Cidade de São José do Bonfim - PE - CEP 5505-210

DADOS DO CLIENTE
RAIMUNDA MIRAFLORES DOS SANTOS

Endereço da Unidade Consumidora
RUA HERCULANO COUTO 703A

CPF: 082.512.054-13
CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

BARRIO/ASA/RELA URBANA
MOSSORO RN
59021-000

Período de Cobrança
03/06/2019 - 10/10/2019
Data de Emissão: 16/11/2019
Período de Cobrança: 16/11/2019

Código de Verificação
0486530014
Data de Emissão: 23/10/2019
Data de Validade: 16/11/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Abonando
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERDE
Código Tarif. Padrão Nacional
Multa por atraso de 0,20% (R\$ 0,20) - 16/09/19
Juros por atraso de 0,20% (R\$ 0,20) - 16/09/19

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
151,00000000	0,69389708	103,38
		1,82
		3,86
		8,84
		1,94
		0,77

TOTAL DA FATURA

RESUMATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA MEDIÇÃO	DATA	ANTERIOR	LETURAL	DATA	ATUAL	LETURAL	PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
16/09/2019	16/10/2019	14/09/2019	14/09/2019	14/09/2019	14/09/2019	14/09/2019	14/09/2019	14/09/2019	14/09/2019	14/09/2019

121,03



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Claudemir Carvalho de Castro inscrito (a) no CPF sob o Nº 533.593.803 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jean Carlos dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.621.194 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima o mesmo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Herculano Castro</u>		Número <u>2039</u>	Complemento
Bairro <u>Bomcos</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.621-060</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró, 23 de dezembro de 2020
Local e Data

Claudemir C. de Castro
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

Type-Partitions

Sociedade anônima

Boite d'Empoisonnement

Normal

MS-Ac Dinitrophenol

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Última Arguementor

00003131301 - 18/12/2017

NINE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boleto(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-8033-7CC99430A9D4

Órgão	Calculado	Pago
JUNTA	570,00	570,00
DREI	21,00	21,00



REQUERIMIENTO

Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

Local	Nome:	
	Assinatura:	
	Telefone de contato:	
Data	E-mail:	
	Tipo de documento:	Híbrido
	Data de criação:	24/01/2018
	Data da 1ª entrada:	



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-5. Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO D0003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pag. 2/13



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:20

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031859400000053944567>

Número do documento: 20052221031859400000053944567

Num. 56090616 - Pág. 1

**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

1. DATA, HORA E LOCAL: Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar - Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

2. CONVOCAÇÃO: Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

3. PRESENÇA: Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

4. MESA: Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

6. DELIBERAÇÕES: Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 1 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro	
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018	
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.	
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8	
Para validar o documento acesse http://www.juceerj.rj.gov.br/servicos/chanceladigital , informe o nº de protocolo. Pág. 3/13	



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reafirmar as funções específicas perante a SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôrres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Hello Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 2 de 3

[Assinaturas manuscritas]

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018
CERTIFICADO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4856AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 4/13



7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

8. ASSINATURAS: A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


Roberto Barroso
Presidente


Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018
CERTIFICADO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4856APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 5/13



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro	
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018	
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.	
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8	
Para validar o documento acesse http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital , informe o nº de protocolo. Pag. 8/13	



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro	
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018	
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.	
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1FB8	
Para validar o documento acesse http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital , informe o nº de protocolo: Pag. 10/13	



RETIFICAÇÃO

No artigo 1º da Portaria Somp/Diag n. 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 2 de janeiro de 2018, página 168, artigo 1, onde se lê: "... no âmbito do Conselho de administração realizada em 3º de novembro de 2017.", lê-se: "... na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2017, ...".

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA
QUALIDADE E TECNOLOGIA

PORTARIA Nº 38, DE 19 DE JANEIRO DE 2016

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso de suas atribuições, confere no § 3º da Lei nº 3.966, de 11 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV da Lei nº 9.913, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do Art. 18 da Estrutura Regimental da Autarquia, aprovada pelo Decreto nº 8.275, de 28 de novembro de 2007:

PAULO DOS SANTOS

PONTAIA Nº 156 DE 22 DE JANEIRO 2014

Decreto nº 375, de 28 de novembro de 2007;
Considerando o Decreto Federal nº 96.044, de 18 de maio
de 1959, que aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário
de Produtos Perigosos;
Considerando a Portaria Interam nº 16, de 14 de janeiro
de 2016, que aprova os Requisitos de Avaliação da Conformidade
para Tanques de Carga Rodoviários Destinados ao Transporte de
Produtos Perigosos, publicada no Diário Oficial da União de 15 de
janeiro de 2016, seção 01, página 46;

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 157 DE 31 DE JANEIRO 2018

Art. 1º Ficam aprovados os ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviários destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Interam nº 16, de 14 de janeiro de 2016, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizado no site www.jcm-sp.gov.br, no endereço eletrônico.

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
- Inmetro
Diretoria de Acreditação de Conformidade - Deconf
Rua Santa Alexandrina, nº 416 - 3º andar - Rio Comprido
Cep 20.261-211, Rio de Janeiro - RJ

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4 DE 11 DE JANEIRO DE 2018

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, conforme o estabelecido no Ato de, se propõe a modificação da Nomenclatura Comum do MERCOSUL - NCM e da Tarifa Externa Comum em análise pelo Departamento de Negociação Internacional (DEINT), nos seguintes termos para aplicação de procedimentos de governo brasileiro no âmbito de cooperação do Conselho Técnico nº 1, de Tarifa, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CIT-1) em 1994, em conformidade com o disposto no Protocolo de Ouro Preto, assinado em 26 de março de 1994, em Brasília (DF).

CID 1003.1.000, Brasília (DF). As competências deverão ficar referidas ao "Ministério das Cidades e do Meio Ambiente" no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta Circular no Diário Oficial da União.

2. As informações relativas às propostas deverão ser apresentadas mediante a preenchimento integral do formulário, disponível na página do site Ministério na Internet, no endereço http://www.mre.gov.br/emprego/REPOSITOIRIOserviçosemcomercio/TCC_2013/interndeconsultasdoc. O formulário também pode ser solicitado pelos telefones (61) 2323-7373 e 2027-7238 ou pelo endereço de e-mail cti@diplomacia.gov.br.

4. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelos identicos em nomenclatura do CT-1, eventuais manifestações a respeito devem ser encaminhadas a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RENATO AGOSTINHO DA SILVA

ANEXO			
SITUAÇÃO ATUAL *		SITUAÇÃO PROPOSTA	
2017.20.08	Acidos policarboxilicos ciclicos, ciclicos ou ciclo-oligomericos, seus anidridos, halogenetos, peróxidos, peróxidos e seus derivados	2017.20	Acidos Policarboxilicos, ciclicos, ciclicos ou ciclo-oligomericos, seus anidridos, halogenetos, peróxidos, peróxidos e seus derivados
		2017.20.1	2
		2017.20.11	2
		2017.20.15	2
		2017.20.20	2
		Outros	

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 0001201012300014

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a
Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO PRIVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de

autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.tuceria.tj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:20

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221031859400000053944567>

Número do documento: 20052221031859400000053944567

Num. 56090616 - Pág. 7



4996507

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016

"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

Artigo 1º – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

Artigo 2º – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

Artigo 3º – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

Artigo 4º – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

Artigo 5º – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

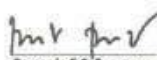
Parágrafo Primeiro – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

Artigo 6º – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

ARTIGO 7º – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 1 de 10


Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE920B296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4995508

ARTIGO 8º - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

Parágrafo Primeiro - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

Parágrafo Segundo - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

Parágrafo Terceiro - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

Parágrafo Quarto - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, $\frac{1}{4}$ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

Parágrafo Quinto - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

Parágrafo Sexto - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de $\frac{2}{3}$ (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

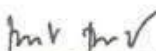
ARTIGO 9º - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

Parágrafo Primeiro - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

Parágrafo Segundo - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

Parágrafo Terceiro - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996509

Parágrafo Quarto – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

Parágrafo Quinto – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 10 – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

Parágrafo Segundo – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

Parágrafo Terceiro – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

ARTIGO 11 – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

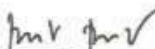
ARTIGO 12 – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

ARTIGO 13 – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

Parágrafo Primeiro – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

Parágrafo Segundo - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 3 de 10


Bernardo F. S. Serwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



convocada.



4996510

Parágrafo Terceiro - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

ARTIGO 14 - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

Parágrafo Primeiro - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

Parágrafo Segundo - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

Parágrafo Terceiro - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

ARTIGO 15 - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 4 de 10

Bernardo P. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

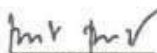
t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

ARTIGO 16 – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

Parágrafo Único – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

ARTIGO 18 - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

Parágrafo único - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

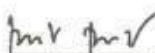
ARTIGO 19 - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

Parágrafo Primeiro – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

Parágrafo Segundo – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 6 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996513

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

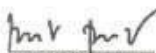
ARTIGO 20 – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

ARTIGO 21 - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10


Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86863B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

ARTIGO 22 – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

Parágrafo Primeiro – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

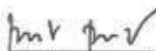
b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

Parágrafo Segundo – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

ARTIGO 23 – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996515

Parágrafo Primeiro – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

Parágrafo Segundo – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

ARTIGO 24 – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

ARTIGO 25 – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

ARTIGO 26 – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

Parágrafo Único – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

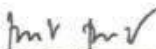
ARTIGO 27 – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

Parágrafo Único – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

ARTIGO 28 – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 9 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 48F9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



de março de 1967.

10/9



4996516

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 29 - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

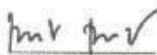
ARTIGO 30 - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

Parágrafo Único - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

ARTIGO 32 - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 10 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

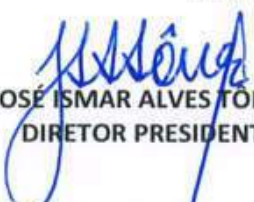
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002958803 - 11/10/2016



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435; **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731; **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.


JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas DA CAPITAL	Tabelião: Carlos Alberto Firmo Oliveira Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel. 2107-0900	ADB2B69D 088674
Reconheço por AUTENTICAÇÃO as firmas de: HELIO BITTON RODRIGUES e JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X0000524453)	Conf. por: Serventia TIFUNDOS	CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ Paula Cristina A. D. Gaspar Escritor 3,96 XTR05 40052 série 06077 ME Aut. 20.5.3º Lei 8.936/94
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Em testemunho da verdade.	Total	
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut. ECLP-56891 HX, ECLP-56892 GR5 https://www3.tirijus.br/sitepublico		



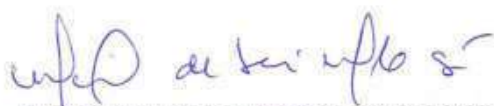
SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRADERCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURIO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A**; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **OMINT SEGUROS S/A**; **PAN SEGUROS S/A**; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **POTTENCIAL SEGURADORA S/A**; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **SABEMI SEGURADORA S/A**; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A**; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; **SOMPO SEGUROS S/A**; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; **SUHAÍ SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato.



anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, **ficando, desde já, VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS
OAB/RJ 135.132



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN CARLOS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01102-9

CONTA: 000000020258-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2704202005000000000023701102000000020258168750 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149329 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+FIO+PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.
(P3,11,29,31,41,48,54,90,95,102)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: SEM LAUDO DE IML.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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

20/10/2019 13:43:02

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9576012	JEAN CARLOS DOS SANTOS	M	08/05/1974	45
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1469666 SSP RN	96962119453		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R HERCULANO COUTO 2039 BARROCAS MOSSORO-RN CEP:59000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988543340		RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
20/10/2019	13:24		
Médico Atendente	Clínica		
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	4-CIRURGICA		
M. co Acompanhante	Tipo Atendimento		
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	CONTROL CONSTRUCOES LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
95202000115002016		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
Ci 10 CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	02	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
12828107	99996666	D35654139	INTERNACAO
12828107	30727138	D35655211	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) -
			TRATAMENTO CIRURGICO
12828107	30732026	D35655134	ENXERTO OSSEO
12828107	30728126	D35655133	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
12828107	30728142	D35655138	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

ALERGIA

RISCO QUEDA

MARA FERREIRA MIRANDA



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 04:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS, MÉDICO, CRM 15346 [1]

Nº: 45789271 21/10/2019 às 03:57

DIAGNÓSTICO

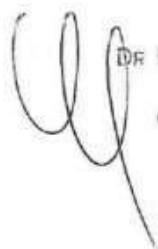
Diagnóstico Clínico	S823	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S823	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	21/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	03:57	[1]
Cirurgia	TTO CIRÚRGICO FX OSSOS DA PERNA COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR À DIREITA	[1]
Cirurgião	DR DANIEL DESCHAMPS	[1]
1º Auxiliar	DR JANIO ALVES	[1]
2º Auxiliar		[1]
Anestesista	DRA ROSA	[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA. ASSEPSIA + ANTIASSEPSIA. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS OPERATÓRIOS. OBSERVO IMPORTANTE EDEMA DE PARTES MOLES NA PERNA DIREITA, PORÉM SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL NO MOMENTO. APOSICIONO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO COM 1 PINO PROXIMAL NA TÍBIA + 1 PINO NO CALCANEIO + 1 PINO NO 1ºMTT DIREITO. REALIZO REDUÇÃO INCRUENTA SOB ESCOPIA. CONFIRMO REDUÇÃO SOB ESCOPIA. REDUÇÃO ACEITÁVEL. CURATIVO ESTÉRIL. OBSERVO BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS PROCEDIMENTO. AGUARDO AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO TRAUMA SOBRE POSSÍVEL NECESSIDADE DE SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO.	[1]

Códigos Dos Procedimentos

30727189: TTO CIRURGICO DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO [1]


DR DANIEL DESCHAMPS
MÉDICO
CRM: 15346


Dr. Janio Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 20234 RQE: 9448

Dr. Janio Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 20234 RQE: 9448



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/10/2019 14:57

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 62878983	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2	
Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1] Nº: 45772807 20/10/2019 às 14:54			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

CLIENTE J.C.S. 45 ANOS. SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE TRAUMA CIRURGICA ADVINDO DE MOSSORO COM PROCEDIMENTO PROPOSTO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO. EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO, ESTAVEL, PELE INTEGRAL EM RELAÇÃO LPP, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS ESPONTÂNEAS, NEGA ALERGIAS COMORBIDADES CIRÚRGICAS E INTERNAÇÕES PRÉVIAS, REALIZADO PRÉ OP. IRÁ REALIZAR COM DR JOÃO ROLIM, CC CIENTE ENFA LEILANE.

[1]

GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO PARA QUEDA: MANTER EM LEITO COM GRADES ELEVADAS. MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS. MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TEC. ENFERMAGEM).

RISCO DE FLEBITE: RENOVAR ACESSO A CADA 72 HRS. CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO. / MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AValiação de RISCO

Flebite

Sim

[1]

Queda Adulto (Morse)

ALTO RISCO.

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF



Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

DT, Nidat.: 08/06/1974

Atendimentos: 62678983

Produtório: 8576012

Convênio: 11/AFVIA

Nº French: 002-4283569

17/10/2019 08:02:35

Page: 80.00 40

Pesto: PESTO 48 - HAPFON

[illegible]

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 105–112

2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 26

DOI: 10.1002/eqe.221



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:22

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221032095000000053944569>

Número do documento: 20052221032095000000053944569

Num. 56090618 - Pág. 6

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 07:03

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS Dt. Nasc.: 08/05/1974 Atendimento: 62878983 Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): MARIA MONICA GIRA0 BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 407169 [1] Nº: 45791714 21/10/2019 às 07:00

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

06:55 - J.C.S., SEXO MASCULINO, 45 ANOS, ORIUNDO DO CC, ADM. NA RPA NO POI DE FRAT. DE TORNOZELO ESQ COM DR DANIEL, NEGA ALERGIAS + COMORBIDADES, SOB ANESTESIA RAQUII + SEDAÇÃO COM DRA REISLA, SEM DRENOS E SONDAS, EVOLUI EM JEJUM, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. AFERIDO SSVV, AVP EM MSE COM PULSEIRA EM MSD, SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AGUARDA SER CHAMADO AO CC.

[1]

PA: 110X60
SAT: 100%
FR: 18
FC: 75

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221032095000000053944569
Número do documento: 20052221032095000000053944569





Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME João Carlos dos Santos DATA 02/11/19

SERVIÇO Hospitalar ANESTESISTA Felício CIRURGIÃO João Paulo

IDADE 40 SEXO M COR B PR. ART. 120/80 PULSO 70 TEMP. 36 ESTADO FÍSICO 2 3 4 5 PRÉ-ANESTÉSICO -

DIAGNÓSTICO fract. de t.b. - fr. único
fract. de t.b. - fr. único
fract. de t.b. - fr. único

OPERAÇÃO REALIZADA Exat. óssea

INÍCIO 14:40 TERMINO 18:30 DURAÇÃO 3:50 ROTINA X EMERGÊNCIA - EXTRA -

SpO₂ 98 98 98 98 98 98 98 98 98 98 98 98 98

ETCO₂ 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35 35

ETCO ₂														OBSERVAÇÕES	
HORA															
A	0													1) Anestesia geral	
G	2													2) Morfina 80mg	
E														3) Clonidina 20mg	
N														4) Cefazolina (2)	
T														5) Difenidramina (2)	
S	14:40 - 18:30													6) Ondansetrona (1)	
CÓDIGO														7) Dexametasona (1)	
ANESTESIA X	220													8) Midazolam (1)	
OPERAÇÃO	200													9) Etilefrina (2)	
INTUBAÇÃO X	180													10) Atropina (2)	
ENDOTRAQUEAL	160														
PRES. SISTOL.	V	140													
PRES. DISTOL.	A	120													
PULSO	70	100													
RESP. ASSIST.	-RA	60													
RESP. EXPONT.	-RE	40													
RESP. CONTR.	-RC	20													
POSICÃO														Soro 1500	
														Sangue	
														Outros	

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS Morfina, ampicilina, piroxicam, clonidina, atropina, etilefrina, dexametasona, ondansetrona

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO ☐



USO DE MONITORAMENTO DO PACIENTE NA SALADE RECUPERAÇÃO PÓS-QUIRÚRGICA

Nome completo: Leon Carlos dos S. - 2009

Data de nascimento: 08/05/74

EFICÁCIA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data: 02/11/15	Hora: 14:40	Cirurgia Realizada: FURCA DE TOROUREDO PRONTO
Hr da admissão na RA: 18:50	Antecedentes:	diabético
		CRU

tipo	tipo de anestesia	Região ou membros
cirurgia	gato	nao im

2. CONTROLS

PERÍODO	HORA	TEMPERATURA	FC	FR	Painm(g)	DOR SCORE	ESCALA DE DOR
a cada 15 min	18:50	34,9	66	19	87,53	0	SEM DOR
a cada 15 min	19:05	35,2	65	21	93,54	0	1
a cada 15 min	19:30	35,7	63	21	93,57	0	2 DOR LEVE
a cada 15 min	19:35	35,8	69	39	100,65	0	3
a cada 30 min							4
a cada 30 min							5
a cada hora							6 DOR MODERADA
a cada hora							7
a cada hora							8
a cada hora							9 DOR INTENSA
50 mg/dl							10

Termino de Enfermagem
Assinatura (e carimbo):

Enfermeria
(Asistencial y Cuidado)

CRITÉRIOS AVALIADOS PELO ÍNDICE DE STEWARD (0 A 12 ANOS)

Índice de avaliação	Condição	Score
Sensibilidade	Acordado	2
	Responde a estímulos	1
	Não responde	0
Vias aéreas	Tosse ao comando verbal ou choro	2
	Manutenção boa da via aérea	1
	Requer assistência da via aérea	0
Movimentação	Movimento intencional dos membros	2
	Movimentos não intencionais	1
	Sem movimentação	0
SCORE		

INDICE DE ALBRET E KRÖULIK MODIFICADO

Índice de avaliação	Condição	Score
Atividade	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	②
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
	Capaz de respirar profundamente e tossir livremente	②
Respiração	Dispõe ou limita a da respiração	1
	Apneia	0
	Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico	②
	Pressão arterial em 20% a 45% do nível pré-anestésico	1
Circulação	Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico	0
	Lúcido, orientado no tempo e espaço	②
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação	Capaz de manter saturação de O_2 > 92% respirando ar	②
	Necessita de O_2 suplementar para manter a saturação de O_2 > 90%	1
	Saturação de O_2 < 90% mesmo com O_2 suplementar	0
SCORE:		40

Medico
(Assistato) e Carimbo:
CRM-PG. 5001

Amesbury, MA
- CRM-PG. 5001

Medico
(Assinatura e carimbo)

ALTA MEDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Mortuo

Examination of carinobol

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

02/11/2019 18:53

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS, MÉDICO, CRM 10511 [1]		Nº: 46381958 02/11/2019 às 18:48	
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S823		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S823		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	02/11/2019		[1]
Hora Da Cirurgia	18:48		[1]
Cirurgia	TRATAMENTO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL		[1]
Cirurgião	JOAO ROLIM		[1]
Anestesista	JILIELISON		[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB RAQUIANESTESIA PREPARO ORTOPÉDICO DE ROTINA + GARROTE ASSEPSSIA E ANTISEPSSIA CAMPEAMENTO ESTÉRIL ACESSO POSTEROLATERAL E HEMOSTASIA REDUÇÃO DA FRATURA TIBIAL POSTERIOR COM PLACA DCP 3.5 REDUÇÃO DA FRATURA DA FIBULA NO TORNOZELO COM PLACA DCP 3.5 ENXERTO ÓSSEO ACESSO MEDIAL E HEMOSTASIA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MELEOLO MEDIAL E REPARO LIGAMENTAR DO DELTOIDE IRRIGAÇÃO COM SF SUTURA POR PLANOS E CURATIVO		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30728142 30728126 30727138 30732026 EM MOSSORÓ		[1]

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



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 08/05/1974	Atendimento: 63195573	Prontuário: 9576012
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRF	Leito: 310232/1	
Profissional(is): FLAVIA GUERRA CAVALCANTE, ENFERMEIRO(A), COREN 527982 [1]	Nº: 46369765	02/11/2019	às 11:52

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE DO SEXO MASCULINO ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR, PROCEDENTE DE SUA RESIDÊNCIA, PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNOZELO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMETRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS ÍNTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLACIDO, RHA +, DIETA ZERO, COM FIXADOR EM MID. PUNÇIONADO AVP EM MSE COM JELCO Nº 20.
14:40 - INÍCIO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM SOB BLOQUEIO ANESTÉSICO COM ANESTESIA RAQUE.
18:30 - TÉRMINO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS.
18:40 - PACIENTE TRANSFERIDO PARA CRO. SEGUE EM AR AMBIENTE E MONITORIZAÇÃO POR PNI E OXIMETRIA DE PULSO.
19:40 - PACIENTE TRANSFERIDO PARA INTERNAMENTO EM MACA, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO. PACIENTE PERMANECE CONSCIENTE E ORIENTADO, RESTRITO AO LEITO, SOB EFEITO ANESTÉSICO, EUPNEICO, EM AR AMBIENTE, PELE ÍNTEGRA, SSVV DENTRO DAS NORMALIDADES. CURATIVO EM FO LIMPO E SECO, EM AVP COM JELCO Nº 20 VIABILIZANDO HV. DIURESE ESPONTÂNEA. MM SEM ANORMALIDADES

[1]

ALERGIAS

Alergias

NÃO

[1]

AValiação de DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

AValiação de RISCO

Broncoaspiração

Sim

[1]

Flebite

Sim

[1]

Hipoglicemia

Sim

[1]

Infecção Primária De Corrente Sanguínea

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Especificar

MSD

[1]



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

03/11/2019 02:09

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 63195573

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA MOSSORO

Posto: POSTO INTERNACAO

Leito: ERF-03/2

Profissional(is): ELISA MAIA DIAS, ENFERMEIRO(A), COREN 00479520 [1]

Nº: 46390838 03/11/2019 às 02:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA A NÍVEL DE TORNZELO DIREITO, CONSCIENTE, E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS QUEIXAS E NECESSIDADES. NEGA HAS, DM, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCÁRDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX SIMÉTRICO E COM BOA EXPANSIBILIDADE, PELE E MUCOSAS ÍNTEGRAS, HIDRATADAS E CORADAS, BOA PERFUSÃO TISSULAR, ABDOME FLÁCIDO, RHA +, DIETA ZERO, COM FIXADOR EM MID. AVP EM MSE COM JELCO Nº 20. [1]

ALERGIAS

[1]

Alergias

NÃO

AValiação de Dor

[1]

Dor (0 A 10)

0

AValiação de Risco

[1]

Broncoaspiração

Sim

Flebite

Sim

Hipoglicemia

Sim

Infecção Primária De Corrente Sanguínea

Sim

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

DISPOSITIVOS

[1]

Acesso Venoso Periférico

Sim

Especificar

MSD

[1]

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE



**CONTROLE E REGISTRO
DOS MATERIAIS
ESTERELIZADOS E
UTILIZADOS NO TRANS-
OPERATÓRIO**

Nome: Jean Carlos dos Santos

Data Nascimento: 08 / 05 / 1974

Atendimento: 62878983

Médico: Dr:

Procedimento: Fixação externa

Técnicos de sala: Silvania + Paula

Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim () Não (☒)

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA
<u>Plástica</u>	<u>19.10.2019</u>	<u>0709</u>	<u>308</u>	<u>Atu.</u>
<u>Vesical</u>	<u>20.10.2019</u>	<u>0756</u>	<u>844/2</u>	<u>-</u>

134°C-5.3mins/121°C-15mins



LOT 030471

**A ANEXAR ETIQUETAS DE
BANDEJAS DE CME COM CÓDIGOS E
INTEGRADORES**

ANTONIO PRUDENTE **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da Caixa: Plástica Método de Esterilização: Á VAPOR

22/10/2019

ANTONIO PRUDENTE **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da Caixa Cirúrgica:	<u>Vesical</u>	Método de Esterilização:	<u>Á VAPOR</u>
Nome da Caixa Cirúrgica:	<u>0756</u>	Data de Esterilização:	<u>20.10.19</u>
Nome e Sobrenome do Responsável pelo Material:	<u>Atu.</u>	Quantidade para o Paciente:	<u>20.04.2</u>
		Nº Lote:	<u>844/2</u>

PACIENTE





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **64384 /2019**
Admissão: 19/10/2019 10:16:20

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS** (45 a 5 m 11 d) Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 08/05/1974 Natural: MOSSORO, BRASIL Prof.:
CNS: 709808087653492 CPF: 96962119453 Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS
Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS
Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039 Cidade: MOSSORO
CEP: 59621060 Bairro: BARROCAS Compl.:
Telefone: 84.988446956

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: SAMU.					Classificação:		PESO:	
					19/10/2019 10:12:48		Glasgow	RTS
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	
	110 80		99		16			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos. queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO
Hora: 10:25

Paciente, portador de queda de moto, trouxe contusão no antebraço. Estava com capacete, o qual não se desprende da cabeça. Meger náuseas, e deformidade em tomazelo. Apresenta dor 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 em tomazelo. (D = EC 615) E - Deformidade 2 dor em região de tomazelo

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) Sólido Poço X de tomazelo D.			
2) Sólido Poço X de tomazelo D.			
3) Alta da URG (atual. Reabilitação)			
4) Sólido Poço X de tomazelo D.			
5) Sólido Poço X de tomazelo D.			
6) Sólido Poço X de tomazelo D.			
7) Sólido Poço X de tomazelo D.			
8) Sólido Poço X de tomazelo D.			
9) Sólido Poço X de tomazelo D.			
10) Sólido Poço X de tomazelo D.			

Romney Vieira Alves
CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO
CIRURGIA GERAL
CRM/RN 6382

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID **582.1** Proc **0408050497** Data: **1** / **19**. Hr: **:** Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

(Assinatura)
Dr. Igo Wellesko M. de Lira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6428



Ortopedia
Ra Fc de tumor b metastático
Cr. P2 56 cm ganglios
p1 processado estomago

Dr. Igo Walecio M. de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6429



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS (45 a 5 m 11 d)
Nascimento: 28/05/1974

Nascimento: 08/05/1974

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 709808087653492

CPF: 96962119453

Prof:

Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039

CEP: 59621060

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.988446956

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: SAMU.

Classificação:

19/10/2019 10:12:48

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	110 80		99		16				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos, queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO

Hora: 10:25

paciente, vítima de queda de moto, trajado com casaca de couro, calça de jeans, calceio, sapatos de couro, cor de pele branca, cabelos pretos, olhos azuis, altura 1,70 m, peso 70 kg, idade 25 anos, data de nascimento 10/05/1990, natural de Curitiba, PR, estado do Paraná, Brasil, profissão de estudante, endereço de residência Rua da Liberdade, 100, bairro Centro, cidade de Curitiba, PR, CEP 80010-000, telefone (41) 3333-1234, e-mail: joao.dos.santos@email.com, data de nascimento 10/05/1990, natural de Curitiba, PR, estado do Paraná, Brasil, profissão de estudante, endereço de residência Rua da Liberdade, 100, bairro Centro, cidade de Curitiba, PR, CEP 80010-000, telefone (41) 3333-1234, e-mail: joao.dos.santos@email.com.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
①	Soluto Poix de tomazela D.			
②	Soluto parem da orelha			
③	Alto da Cuvaca (end. Resoluto), Sr. Valeriano.			
④	Insulina 2ml + 8ml, EV. <i>Caso.</i>		10:45	14:50
⑤	SPL 500 ml, EV. <i>1</i>		10:45	14:54

Romney Vieira Alves
 CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO
 CIRURGIÃO GERAL
 CRM 0362

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 587.1 Prog 0408050497

Data: / /19. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

Dr. Igo Walewski M. de Lima
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6429



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

20/10/2019 13:43:02

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9576012	JEAN CARLOS DOS SANTOS	M	08/05/1974	45
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1469666 SSP RN	96962119453		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R HERCULANO COUTO 2039 BARROCAS MOSSORO-RN CEP:59000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988543340		RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
20/10/2019	13:24		
Médico Atendente	Clínica		
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	4-CIRURGICA		
M. Acompanhante	Tipo Atendimento		
1200798 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS	0 INTERNACAO		

Avaliação médica	
------------------	--

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	CONTROL CONSTRUCOES LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
95202000115002016		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
Ci 10 CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	02	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
12828107	99996666	D35654139	INTERNACAO
12828107	30727138	D35655211	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) -
			TRATAMENTO CIRURGICO
12828107	30732026	D35655134	ENXERTO OSSEO
12828107	30728126	D35655133	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
12828107	30728142	D35655138	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF

ALERGIA

RISCO QUEDA

MARA FERREIRA MIRANDA



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 04:

Paciente: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 08/05/1974

Atendimento: 62878983

Prontuário: 9576012

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS, MÉDICO, CRM 15346 [1]

Nº: 45789271 21/10/2019 às 03:57

DIAGNÓSTICO

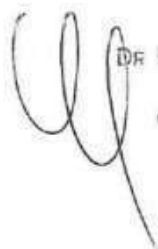
Diagnóstico Clínico	S823	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S823	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	21/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	03:57	[1]
Cirurgia	TTO CIRÚRGICO FX OSSOS DA PERNA COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR À DIREITA	[1]
Cirurgião	DR DANIEL DESCHAMPS	[1]
1º Auxiliar	DR JANIO ALVES	[1]
2º Auxiliar		[1]
Anestesista	DRA ROSA	[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA. ASSEPSIA + ANTIASSEPSIA. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS OPERATÓRIOS. OBSERVO IMPORTANTE EDEMA DE PARTES MOLES NA PERNA DIREITA, PORÉM SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL NO MOMENTO. APOSICIONO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO COM 1 PINO PROXIMAL NA TÍBIA + 1 PINO NO CALCANEIO + 1 PINO NO 1ºMTT DIREITO. REALIZO REDUÇÃO INCRUENTA SOB ESCOPIA. CONFIRMO REDUÇÃO SOB ESCOPIA. REDUÇÃO ACEITÁVEL. CURATIVO ESTÉRIL. OBSERVO BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS PROCEDIMENTO. AGUARDO AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO TRAUMA SOBRE POSSÍVEL NECESSIDADE DE SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO.	[1]

Códigos Dos Procedimentos

30727189: TTO CIRURGICO DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO [1]


DR DANIEL DESCHAMPS
MÉDICO
CREMEO 15346


Dr. Janio Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 20234 RQE: 9448

Dr. Janio Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 20234 RQE: 9448



Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

[illegible]



**CONTROLE E REGISTRO
DOS MATERIAIS
ESTERELIZADOS E
UTILIZADOS NO TRANS-
OPERATÓRIO**

Nome: Jean Carlos dos Santos
Data Nascimento: 08 / 05 / 1974
Atendimento: 62878983

Médico: Dr.

Procedimento: Fixação externa

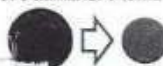
Técnicos de sala: Silvania + Paula

Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim () Não (☒)

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA
<u>Plástica</u>	<u>19. 10. 2019</u>	<u>0709</u>	<u>308</u>	<u>Atu.</u>
<u>Vesical</u>	<u>20. 10. 2019</u>	<u>0756</u>	<u>844/2</u>	<u>-</u>

134°C-5.3mins/121°C-15mins



LOT 033471

**A ANEXAR ETIQUETAS DE
BANDEJAS DE CME COM CÓDIGOS E
INTEGRADORES**

ANTONIO PRUDENTE **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da Caixa: Plástica Método de Esterilização: Á VAPOR

22/10/2019

ANTONIO PRUDENTE **CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO** **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da Caixa Cirúrgica	<u>Vesical</u>	Método de Esterilização	<u>Á VAPOR</u>
Nº Caixa Cirúrgica	<u>0756</u>	Data de Esterilização	<u>20.10.19</u>
Nome e Sobrenome Responsável pelo	<u>Dr. Juan</u>	Validade para uso	<u>20.04.20</u>
		Nº Lote	<u>844/2</u>

PACIENTE





RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 24/10/19

Nº PRONTUÁRIO: 62.828.983

NOME COMPLETO: Antonio Prudente

DATA NASC: 08/05/74 IDADE: 45 PESO: SEXO: (M) (F)

CIRURGIA REALIZADA: Fúndula Bêta

CIRURGIÃO: Dr. D. Silva

HORA DA ENTRADA NA RPA: 04:10

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (lpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dL)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
04:10	130/74	65	18	36,2	-	98	0	Ausc
04:25	128/69	60	18	35,2	-	98	0	Ausc
04:30	110/75	65	18	35,6	-	98	0	Ausc
04:55	109/65	60	18	36	-	98	0	Ausc
05:10	135/69	65	18	36	-	98	0	Ausc
05:40	124/70	60	18	36	-	98	0	Ausc
06:10	110/65	60	18	36	-	98	0	Ausc

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
Respiração	E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
	E capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
Circulação	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
Consciência	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% de nível anestésico	1
Saturação de O ₂	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
Saturação de O ₂	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	E capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
Saturação de O ₂	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO2	TOTAL
04:10	1	2	2	2	100	100
04:25	1	2	2	2	100	100
04:30	1	2	2	2	100	100
04:55	1	2	2	2	100	100
05:10	1	2	2	2	100	100
05:40	1	2	2	2	100	100
06:10	1	2	2	2	100	100

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO DA ACTA DA RPA: 06:10

MÉDICO: Dr. D. Silva

ENFERMEIRO(A): Enfermeiro(a)



Nome completo: João Carlos dos Santos Data de nascimento: 03/05/74 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 22/10/19 Hora: _____ Unidade de origem: B-PA Unidade de destino: IA (4016)
Responsável pelo transporte: _____ () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: Qtd. Omeprazol
Diagnóstico(s): Emet. J. Úlcera
Sinais Vitais: PA 123/68 mmHg FC 69 bpm FR 18 rpm T 36,4
SpO2 99 % Escala de dor: _____
Medicamentos em uso: _____
Riscos gerenciados: () Não se aplica (x) Flebite () TEV () LPP (x) Queda () Outros: _____
Protocolos gerenciados: (x) Não se aplica () Sepse () Dor torácica () Outros: _____
Suporte de oxigênio: (x) Não () Sim () Cateter: _____ l/min () Nebulização: _____ l/min () Ventilação mecânica: _____
Acessos vasculares: () Não () Sim () CVC (x) VVP () PICC () Port a Cath () Outros: _____
Sondas, drenos, ostomias: (x) Não () Sim Qual?: _____
Outros dispositivos: () Não (x) Sim Qual?: Furador externo de RSG
Lesão de pele: (x) Não () Sim Local: _____ Estágio: _____
Curativos: () Não (x) Sim Qual produto?: _____
Precaução: (x) Não () Sim () Contato () Aerosóis () Gotículas
Monitorização: (x) Não () Sim Qual?: _____
Nível de consciência: (x) Consciente () Confuso () Sonolento () Comatoso
Locomoção: (x) Deambula sem auxílio () Deambula com auxílio () Acamado
Transporte utilizado: () Cadeira de rodas (x) Mairá () Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes: () Não () Sim () HAS () DM () JAVC () DPOC () Outros: _____
Alergias: (x) Não () Sim Qual?: _____
Procedimentos realizados: () Não () Sim Qual?: _____
Valores, frentes, barreiras: () Não () Sim Qual?: _____

AValiação

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências

() Não () Sim Quais?: _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Origem: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: _____

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame: () Não () Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame: () Não () Sim Qual?: _____
Conduta imediata: () Não () Sim Qual?: _____
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? () Não () Sim
Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ rpm T _____ °C

Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável Unidade de Origem: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino: _____





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64384 /2019
Admissão: 19/10/2019 10:16:20

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **51303 - JEAN CARLOS DOS SANTOS** (45 a 5 m 11 d) Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 08/05/1974 Natural: MOSSORO, BRASIL Prof.:
CNS: 709808087653492 CPF: 96962119453 Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS
Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS
Logradouro: HERCULANO COUTO, 2039 Cidade: MOSSORO
CEP: 59621060 Bairro: BARROCAS Compl.:
Telefone: 84.988446956

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: SAMU.						Classificação:		PESO:	
						19/10/2019 10:12:48			
						F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.				
	110 80		99		16				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 45 anos. queda de moto. FRATURA TIBIA DIREITA. A.A. ORIENTADO
Hora: 10:25

Paciente, portador de queda de moto, trouxe
contusão no abdômen. Estava com capacete, o qual
não se desprende da cabeça. Nega náuseas,
e deformidade em tomazelo. Apresenta dor
4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 com
E - Deformidade e
D.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

- 1) Sólido Poço X de tomazelo D.
- 2) Sólido Poço X de tomazelo D.
- 3) Alta da URG (atual. Reabilitação),
S. Melhoria.
- 4) Dexamet 2ml + 8ml, EV, Capa.
- 5) SFL 500 ml, EV.

Romney Vieira Alves
CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO
CIRURGIA GERAL
CRM/RN 6382

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito ☒ Interna: (Preencher CID, PROC)
CID 582.1 Proc 0408050497 Data: 1/19. Hr: Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 19 de Outubro de 2019.

(Assinatura)
Dr. Igo Wellesko M. de Lira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6428

Ortopedia
R. F. de 16 anos 6 meses
C. P. 46 cm 41 kg
p1 processado

Dr. Igo Walecio M. de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6429



PROIBIDO PLASTIFICAR

1760600409



RIO GRANDE DO NORTE

LOCAL: **MOSSORO, RN** DATA EMISSÃO: **29/03/2019**

ASSINADO POR: *Octavio Santiago Filho*

Octavio Santiago Filho
Diretor Geral - Detran/RN

ASSINADO POR: *Octavio Santiago Filho*

63388445178
RGT05452867

João Carlos dos Santos

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1760600409

NOME: **JOÃO CARLOS DOS SANTOS**

Nº REGISTRO: **04793274653**

CPF: **969.621.194-53** DATA NASCIMENTO: **08/05/1974**

PLACADO: **JOÃO FERNANDES DOS SANTOS**

BAIENDELA ARMADA DOS SANTOS

PERMISSÃO: **00000000000000000000000000000000**

VÁLIDADE: **27/03/2024** 1ª HABILITAÇÃO: **27/10/2009**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

DQC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3832882 SSP RN

CPF
533.593.803-04

DATA NASCIMENTO
26/11/1975

FILIAÇÃO
FRANCISCO SILVA DE CASTRO
MARIA DE FATIMA CARVALHO CASTRO

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
00764330271

VALIDADE
16/09/2024

1ª HABILITAÇÃO
29/07/1999

OBSERVAÇÕES
A

Claudenor C de Castro
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
17/09/2019

Janielson Pereira de Oliveira
Diretor Geral - Detran RN

ASSINATURA DO EMISSOR
75884171859
RN706388143

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1828326648

PROIBIDO PLASTIFICAR
1828326648



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014100528864

VAL: 1
CDD RENAVAM: 01188292193
RTEC: *****
EXERCÍCIO: 2019

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

CLASSE: 533.593.803-04
PLACA: Q9S6E64
CATEGORIA: 9C2KD0810XR139146

PASSAGIRO/MOTOCICLISTA/VAO APPLICAR ALCOOL-GRASOL

HONDA/XXR160 BROS ESDD

QCV/162 CILINDRADAS

PAGAR PAGO

1º PAGO 0.00
2º PAGO 014920 3x
3º PAGO *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 13/05/2019

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

ALTERN. TID. EM MANO DE: 03.634.220/0001-65

BANCO HONDA S/A

MOTOR: KD08E1X139172

MOSORO/RN

17/04/2019

RN Nº 014100528864 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO: 2019
DATA EMISSÃO: 17/04/2019

VAL: 1
CDD: 533.593.803-04
PLACA: Q9S6E64

RENAVAM: 01188292193

HONDA/XXR160 BROS ESDD

9C2KD0810XR139146

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAG (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) CIP (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.240.000/0001-04

MAR-2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 969.621.194-53 4 - Nome completo da vítima: João Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: João Carlos dos Santos 6 - CPF: 969.621.194-53
7 - Profissão: leiturista 8 - Endereço: Herculano Couto 9 - Número: 2039 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.621-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (nascituro)? ☐ 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 e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116247/20
Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS
CPF: 969.621.194-53
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/10/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JEAN CARLOS DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO : 533.593.803-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEAN CARLOS DOS SANTOS : 969.621.194-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020
Nome: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO
CPF: 533.593.803-04

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Francisca Valeria Tavares de Miranda
CPF: 063.454.894-84

Francisca Valeria Tavares de Miranda



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149329 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO+FIO+PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.
(P3,11,29,31,41,48,54,90,95,102)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: SEM LAUDO DE IML.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante:

Jean Carlos dos Santos, brasileiro (a), estado civil Solteiro,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Herculano Couto,
Nº 2039 Bairro Barrocas, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.621-060,
portador(a) do RG nº 003469666, SSP/ RN e CPF nº 969.621.194-53.

Outorgado:

Claudemir Carvalho de Castro brasileiro(a), estado civil Solteiro,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Herculano Couto,
Nº 2039, Bairro Barrocas, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.621-060,
portador(a) do RG nº 3332882, SSP/ RN e CPF nº 533.593.803-24.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura 3 nkg/100kg, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Jean Carlos dos Santos ocorrido em 19/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, subestabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Mossoró, 25 de Novembro de 2019

SEGUNDO
OFÍCIO
DE NOTAS

Jean Carlos dos Santos
Outorgante

CPF Nº 969.621.194-53

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verda

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE Mossoró - RN
Rua Santos Dumont, 10 - Centro - Titular: LÍVIA KARINA FREITAS DA SILVA - E-mail: carterin@mossororj.com.br
Circ. (84)-33213312 - E-mail: carterin@mossororj.com.br

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: JEAN CARLOS DOS SANTOS [969.621.194-53].
Confira em: <https://selodigital.trjrn.jus.br>
Selo Digital: RN201900949460037100PEN.
Mossoró-RN, 25 de novembro de 2019 14:14
Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabeliã Substituta
Cid: Felipe Emol: 2,83 ISSQN: 0,14 - TOTAL: 2,97

AB156638



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116247/20

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

CPF: 969.621.194-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEAN CARLOS DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO : 533.593.803-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEAN CARLOS DOS SANTOS : 969.621.194-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020
Nome: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO
CPF: 533.593.803-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Francisca Valeria Tavares de Miranda
CPF: 063.454.894-84

CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Francisca Valeria Tavares de Miranda





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, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149329

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEAN CARLOS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15708627

Pag. 00209/00210 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149329

Vítima: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDENOR CARVALHO DE CASTRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEAN CARLOS DOS SANTOS

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 tornozelo 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: JEAN CARLOS DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001102-9

Conta: 000000020258-4

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: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:22

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221032095000000053944569>

Número do documento: 20052221032095000000053944569

Num. 56090618 - Pág. 34

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 969.621.194-53 4 - Nome completo da vítima: João Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: João Carlos dos Santos 6 - CPF: 969.621.194-53
7 - Profissão: leiturista 8 - Endereço: Herculano Couto
9 - Número: 2039 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.621-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1102 9 CONTA: 0020258 4
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (nascituro)? ☐ 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 e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) João Carlos dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Cláudio C. de Castro



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 059267/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 15:20 Data/Hora Fim: 14/11/2019 15:37
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 19/10/2019 09:35

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Avenida Abel Coelho

Bairro: Abolição
Nº: 407
CEP: 59.612-300

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEAN CARLOS DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 08/05/1974

Profissão: Letturista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: RAIMUNDA ANDRADE DOS SANTOS

Em Serviço: Sim

Nome do Pai: JOAO FERNANDES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 969.621.194-53

RG - Carteira de Identidade: 001469666

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: HERCULANO COUTO

Bairro: BARROCAS

Telefone: (84) 98886-7714 (Celular)

Nº: 2039

CEP: 59.621-060

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição moto envolvida acidente

Placa QGS6F64

Número do Motor KD08E1K139172

Ano/Modelo Fabricação 2019/2019

UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 533.593.803-04

Renavam 01188292193

Número do Chassi 9C2KD0810KR139146

Cor VERMELHA

Município Veículo Mossoró

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/04/2019



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 14/11/2019 15:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:22

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221032095000000053944569>

Número do documento: 20052221032095000000053944569

Num. 56090618 - Pág. 36



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

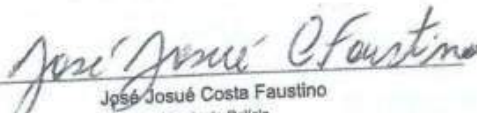
Nº: 059267/2019

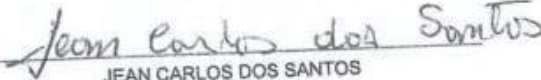
Situação do Veículo	ALIENACÃO FIDUCIARIA	Envolvimentos
Nome Envolvido	JEAN CARLOS DOS SANTOS	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo a motocicleta acima citada na Avenida Abel Coelho, Quando um carro freou bruscamente em sua frente; Que o comunicante não teve tempo de frear e acabou colidindo na traseiro do carro, Que caiu no chão e quebrou a tibia; Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital Regional Tarcisio Maia. Nada mais disse.

ASSINATURAS


José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.338-2
Responsável pelo Atendimento


JEAN CARLOS DOS SANTOS
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: José Josué Costa Faustino
Data de Impressão: 14/11/2019 15:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 22/05/2020 21:03:22

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052221032095000000053944569>

Número do documento: 20052221032095000000053944569

Num. 56090618 - Pág. 37

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 969.621.194-53 4 - Nome completo da vítima: João Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: João Carlos dos Santos 6 - CPF: 969.621.194-53
7 - Profissão: leiturista 8 - Endereço: Herculano Couto 9 - Número: 2039 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.621-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 1102 CONTA: 0020258
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (nascituro)? ☐ 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 e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) João Carlos dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Cláudio C. de Castro

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Cadea por Lei 10.418, de 26/04/03
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
Consumo Exigido no Rio Grande do Sul
Rua Sampaio 150 - São Paulo, SP - CEP 05053-000
CNPJ 04.954.010-01 - Insc. Est. 068.300.300-00 - www.cosern.sp.gov.br

DADOS DO CLIENTE
RAIMUNDA MIRACRE DOS SANTOS

Endereço da Unidade Consumidora
RUA HERCULANO COUTO 7039

CPF: 082.512.054-13
CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

BARRIOCASAREIA URBANA
MOSSORO RS
59021-000

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE VIGÊNCIA	PERÍODO DE CANCELAMENTO
03/06/2019	10/10/2019	10/10/2019
30/06/2019	30/06/2019	30/06/2019

CÓDIGO DE VIGÊNCIA
0486530014
DATA DE VIGÊNCIA
23/10/2019
DATA DE CANCELAMENTO
16/11/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Abonando
Acrescimo Bandeira AMARELA
Acrescimo Bandeira VERDE
Corte em Fatura Municipal
Multa por atraso 4% (02808880 - 16/09/19)
Juros por atraso 1% (02808880 - 16/09/19)

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
151,0000000	0,69389708	103,38
		1,82
		3,86
		8,84
		1,94
		0,77

TOTAL DA FATURA

RESUMATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	Tipo de Consumo	DATA	ANTERIOR	LETUAL	DATA	ATUAL	PERÍODO	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (KWH)
10/10/2019	14.207,42	14.207,42	14.207,42	14.207,42	14.207,42	14.207,42	14.207,42	14.207,42	14.207,42	14.207,42

121,03

