

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200046478

Nome do(a) Examinado(a): ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua DR MENDEL STEINBRUCH, 10414, , 61.801-365, FORQUILHA, Pacatuba/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 94015093245

Data e local do acidente: 08/11/2019 - Pacatuba/CE

Data e local do exame: 08/02/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura diafisária da clavícula esquerda e fratura da falange distal do 5º quirodáctilo esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação da fratura da clavícula esquerda, tratamento medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no ombro esquerdo e 5º dedo da mão esquerda, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 30°, abdução aos 70°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 30°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do 5º dedo da mão esquerda apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 70°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 60°. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alteração motora do segmento.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta em ombro esquerdo, em grau médio, com redução da força e mobilidade. Perda funcional, parcial e incompleta em 5º dedo da mão esquerda, em grau leve, com redução da força e mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequelas permanentes" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Ombro Esquerdo - Médio - 50%

5º Dedo da Mão Esquerda - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200046478 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA P8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P15 17 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P4 7

CIRURGIA: 22/11/2019

@1 (ALTA MÉDICA DEFINITIVA) PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200046478 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA P8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P15 17 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P4 7

CIRURGIA: 22/11/2019

@1 (ALTA MÉDICA DEFINITIVA) PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200046478

Vítima: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

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

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200046478

Vítima: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200046478

Vítima: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

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\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 001

Agência: 000003302-2

Conta: 000010012393-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:
 3 - CPF da vítima: 753425883-91
 4 - Nome completo da vítima: LUIAS FRANCISCO RODRIGUES DA S. NETO

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

5 - Nome completo: LUIAS FRANCISCO RODRIGUES DA S. NETO
 6 - CPF: 753425883-91
 7 - Profissão: Mecânico
 8 - Endereço: R. Dr. WENDEL STEINBECH
 9 - Número: 10474
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: FLOREQUINHA
 12 - Cidade: PACATUBA
 13 - Estado: CE
 14 - CEP: 61801-365
 15 - E-mail: LC527310@gmail.com
 16 - Tel. (DDD): (85) 99767-9600

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:
 ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
 ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
 ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO:
 AGÊNCIA: 3302 2 CONTA: 12393 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima:
 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
 30 - Vítima deixou nascituro (vel 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

Compreensão
Nómina da
vítima ou
beneficiário
e do representante

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Floresta - CE 23/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA
Impresso nº 2019818763



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 202 - 1472 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/11/2019 10:34:35**
Data / Hora da Ocorrência: **08/11/2019 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE-060, MONGUBA - PACATUBA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO POSTO IPIRANGA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO**
Nascimento: **14/12/1977** CPF: **753.425.883-91**
RG: **94015093245** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA FELICIA DE SOUSA SILVA**
FRANCISCO CARLOS RODRIGUES DA SILVA
Endereço: **RODOVIA DOUTOR MENDEL STEIMBRUCH, 10414**
Bairro: **FORQUILHA**
Município: **PACATUBA/CE** CEP: **61.801-365**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99767-9600**

Histórico

A vítima relata que no dia e hora supramencionados estava trafegando em uma moto de sua propriedade, HONDA/CG 150 TITAN ES, ANO/MODELO 2007/2007, COR VERMELHA, PLACA HXZ-1902/CE, CHASSI 9C2KC08507R051280, sentido Pacatuba/Fortaleza, à caminho do seu trabalho, quando decidiu abastecer no posto Ipiranga, porém como estava atrasado, desistiu de abastecer a moto e seguiu viagem; Que, ao sair pelo acostamento, um outro veículo, FORD/FIESTA, COR PRATA, PLACA HYB-3774, entrou na rua do posto, no momento em que o declarante estava saindo; Que, a moto do declarante (HONDA/CG 150 TITAN ES, PLACA HXZ-1902/CE) bateu na lateral do FORD/FIESTA, ocasionando a sua queda da moto; Que, o motorista do FORD/FIESTA, o qual se apresentou por CLEILTON, socorreu o declarante para o hospital ANA LIMA no município de Maracanaú; Que, o declarante teve a CLAVÍCULA ESQUERDA fraturada, bem como fratura exposta do tofo da falange distal do 5º QDE; Que, não acionaram ambulância, nem polícia rodoviária estadual; Que, a vítima, ainda, está aguardando a cirurgia da clavícula esquerda. E nada mais disse.

///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Erika Sousa Pinheiro

ERIKA SOUSA PINHEIRO - MAT.: 30123557

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Sidney F. Ribeiro

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO SIDNEY F. RIBEIRO - MAT.: 012730-1-9

DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA

Pág. 1 de 1

Consolidado em: 12/11/2019 11:02:01

Impresso em: 12/11/2019 11:02:01

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
 3 - CPF da vítima: 753425883-91
 4 - Nome completo da vítima: LUIAS FRANCISCO RODRIGUES DA S. NETO

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

5 - Nome completo: LUIAS FRANCISCO RODRIGUES DA S. NETO
 6 - CPF: 753425883-91
 7 - Profissão: Mecânico
 8 - Endereço: R. Dr. WENDEL STEINBECH
 9 - Número: 10474
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: FLOREQUINHA
 12 - Cidade: PACATUBA
 13 - Estado: CE
 14 - CEP: 61801-365
 15 - E-mail: LC527310@gmail.com
 16 - Tel. (DDD): (85) 99767-9600

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:
 ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
 ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
 ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO:
 AGÊNCIA: 3302 2 CONTA: 12393 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima:
 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
 30 - Vítima deixou nascituro (vel 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

Compreensão
Núncia da
vítima ou
beneficiário
e do representante

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza - CE 23/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

08/11/2019 07:40

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA DL Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63328086	Prontuário: 651308
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /
Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA CRM 16610 [1]	Nº: 46626463	08/11/2019 às 07:35

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 20 MINUTOS E VEM QUEIXANDO-SE DE DOR NA CLAVÍCULA ESQUERDA, COTOVELO E 5ª ODE. APRESENTA AINDA LESÃO CORTO-CONTUSA NA REGIÃO DA FALANGE DISTAL DO 5ª ODE. NEGA CERVICALGIA, LOMBALGIA, CEFALÉIA OU VÔMITOS. RELATA EPISÓDIO DE TURVAÇÃO VISUAL.	[1]
	CD RADIOGRAFIA ANALGESIA	

Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

EXAME FÍSICO

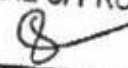
Nível De Consciência	0	[1]
Resposta Motora	6	[1]
Resposta Verbal	5	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO



Assinatura

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03302-2

CONTA: 000010012393-7

Nr. da Autenticação AD7B257FC7975AD9

DADOS DO CLIENTE
Nome: ALINE E SILVA MORAIS

End. Leitura: RD DOR MENDEL STEINBRUCH, 10414, FORQUILHA

Cidade: PACATUBA

CEP: 61801-365

End. Entrega:
Cidade:
CEP:
Local: 077

Setor: 006

Quadra: 0145

Lote: 0214

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS
Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A10F135271	1800	1812	12	15

DATAS
Leitura Atual: 08/01/2020

Emissão: 08/01/2020

Lacre Água: 190725

Leitura Anterior: 07/12/2019

Próxima Leitura: 07/02/2020

Lacre Esgoto:
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	054	054	010	054	054
Analisadas	054	054	010	054	054
Em conformidade	054	052	010	053	054

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2019, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
Valor (R\$)
HISTÓRICO DE VOLUME

		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	37,94	jan/19	11	0
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,01	fev/19	12	0
MULTA DE 2%	0,66	mar/19	10	0
ACRESC. IMPONT. AGUA TARI	0,13	abr/19	7	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,07	mai/19	9	0
TARIFA DE CONTINGENCIA	11,56	jun/19	10	0
		jul/19	11	0
		ago/19	9	0
		set/19	15	0
		out/19	13	0
		nov/19	11	0
		dez/19	31	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO
SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,48	VALOR DO SERVIÇO	61,75
COFINS	2,40	VALOR DO SUBSÍDIO	11,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	50,37

MÊS/ANO
01/2020

VENCIMENTO
04/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
50,37

I:352623055524295 L:0252 H:10:41:20 R:051 P:001
ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNBr, Itaú, BCB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outras PagFas II. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative a sua conta. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
NOBLEN



Esta é a sua conta de

01/2020

DO CLIENTE	em
7694250	
VENCIMENTO	
30/01/2020	
TOTAL A PAGAR EM	
0,00	
DATA DE VENCIMENTO	
23/01/2020	

Endereço: Rua Pro Cabral 00676 00676 CS Fundos

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Portaleza Parque Santa Rosa

60762-770

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B (Básico) - 046174727

CompANHIA ENERGIAS DO BRASIL

Rua Paulo Vitorino, 183, Fortaleza CE CEP 60762-770

CNPJ 07.047.281/0001-73 | CUF 06.132.949-3

046174727

Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Endereço: RU PRO CABRAL 00676 00676 CS FUNDOS

60762-770 PORTALEZA PARQUE SANTA ROSA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Metro: 5760599-ELE-628 - FCI: 628

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9082-2893-2002-3276-700C-3400-4506-0463

DATA DE LETURA

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

23/01/2020

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

046174727

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 COAF¹.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **048.217.413** / **77**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO inscrito (a) no CPF sob o Nº **753.425.883** / **91**,

do sinistro de DPVAT cobertura **DAMS** da Vítima **ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **753.425.883** / **91**, 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: RUA PROFESSOR CABRAL	Numero: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA
E-mail: RC527310@GMAIL.COM		CEP: 60.762-775
		Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: **FORTALEZA, 27 DE JANEIRO DE 2020**

X 
Assinatura do Declarante



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

RECEITUÁRIO
LAUDO.

PACIENTE ELIAS FRANCH-
CO RODRIGUES DA SILVA NETO
SOFREU FRATURA DA CLÁVICU-
LA ESQ. EM 08/11/2018, SUB-
METIDO A TRATAMENTO CIRUR-
GICO E ENCONTRA SE COM
INCAPACIDADE FUNCIONAL
DO OMBRO ESQ 75º POR DE-
R AMOBILIZAÇÃO + LIMITAÇÃO
DOS MOVIMENTOS E DA FOR-
ÇA MOTORA E DE ALTA
MÉDICA DEFINITIVA EM
21/01/2020.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 21/01/2020

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

08/11/2019 07:40

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA DL Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63328086	Prontuário: 651308
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /
Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA CRM 16610 [1]	Nº: 46626463	08/11/2019 às 07:35

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 20 MINUTOS E VEM QUEIXANDO-SE DE DOR NA CLAVÍCULA ESQUERDA, COTOVELO E 5ª ODE. APRESENTA AINDA LESÃO CORTO-CONTUSA NA REGIÃO DA FALANGE DISTAL DO 5ª ODE. NEGA CERVICALGIA, LOMBALGIA, CEFALÉIA OU VÔMITOS. RELATA EPISÓDIO DE TURVAÇÃO VISUAL.	[1]
	CD RADIOGRAFIA ANALGESIA	

Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

EXAME FÍSICO

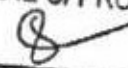
Nível De Consciência	0	[1]
Resposta Motora	6	[1]
Resposta Verbal	5	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO



Assinatura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34160219

Data 22/11/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 699232 ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NET O

Nascimento...: 14/12/1977 Sexo: M RG.: 252099592 SSP CE CPF.: 75342588391

Endereço...: R CAPITAO MANOEL MEDEIROS 04 FORQUILHA / PACATUBA PACATUE Tel.: 997679600

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 02106109841004171

CENTRO CIRURGICO

Solicitante: Dr(a) EDILMAR FERREIRA LE

Queixa Principal:

INTERNACAO

Exame:

RX CLAVICULA - ESQUERDA

!bc/IB"

6364127331

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação metálica de fratura em clavícula.

Demais aspectos preservados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



E 13

CC

05

OWW 1024 MC 512



LOSSLESS
Q 17%

^ 90% 100%
P182 21/01/2020





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34381654

Data 05/12/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 3852812 ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NET O

Nascimento...: 14/12/1977 Sexo: M

Endereco...: AV CE 060 K18 10374 FURQUILHA PACATUBA CE 6190000 0

CPF.: 75342588391

Convenio...: HAPVIDA

Tel.: 33451849

Matricula...: 02106109841004171

Solicitante: Dr(a) FILIPE SANCHO DE MÃ

Queixa Principal:

Exame:

RX CLAVICULA ESQUERDA

!bÉ[*8"

6395560721

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação metálica de fratura em clavícula.

Demais aspectos preservados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 35011848

Data 15/01/2020

Pag 1 de 1

Paciente...: 3852812 ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NET O

Nascimento: 14/12/1977 Sexo: M

Endereço: AV CE 060 K18 10374 FURQUILHA PACATUBA CE 61900000

CPF: 75342588391

Convenio: HAPVIDA

Tel: 33451849

Matricula: 02106109841004171

Solicitante: Dr(a) TACITO YURI MELO RA

Queixa Principal:

Exame:

RX CLAVICULA ESQUERDA

!cr?w8"

6479288421

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação metálica de fratura em clavícula.

Demais aspectos preservados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

32/12

17

Onw 1023 MC-813

RESULTS
Q.17A

POB 12:35
PTB2 21/01/2020



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

08/11/2019 08:25

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63328086	Prontuário: 651308
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 824205/1
Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA CRM 18910 [1]	Nº: 46628151	08/11/2019 às 08:19

ANAMNESE

Queixa Principal

RADIOGRAFIA FRATURA DO TOFO DA FALANGE DISTAL DO 5º DDE
(EXPOSTA)
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

[1]

DISCUTO CASO COM EQUIPE DO HAPFOR E, DADA A PRESENÇA
DE DUAS FRATURAS NO MESMO MEMBRO E A DOR IMPORTANTE
DO PACIENTE À MOBILIZAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO, DECIDIU ENCAMINHAR PARA TRATAMENTO
CIRÚRGICO DE AMBAS AS FRATURAS

CD 1) CURATIVO
2) PRÉ-OP

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO


Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

08/11/2019 10:27

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63328086	Prontuário: 651308
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 824205/1
Profissional(is): PATRICK PONCIANO LIMA DE ALMEIDA CRM 15931 [1]	Nº: 46634769	08/11/2019 às 10:24

ANAMNESE

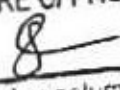
Queixa Principal

DISCUTIDO CASO COM TRAUMATOLOGISTA DR CESAR, QUE
SOLICITOU SER REALIZADA A SUTURA DO DEDO AQUI NA
UNIDADE, SOB SUA SUPERVISÃO
SOLICITO MATERIAL PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO


Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

08/11/2019 12:57

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63328086 Prontuário: 651308
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA Leito: 824205/4
Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA CRM 16610 [1] N°: 46642463 08/11/2019 às 12:50

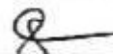
ANAMNESE

Queixa Principal

REALIZADA SUTURA DE FERIMENTO NO 5º QUIRODÁCTILO SOB
TÉCNICA ASSÉPTICA (1)SOLICITO CIRURGIA ELETIVA PARA OSTEOSÍNTESE DA
CLAVÍCULACD: PRESCREVO ATB + ANALGESIA
CURATIVO DIÁRIO
SOLICITO PRÉ-OP

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE



Assinatura

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

08/11/2019 14:39

Paciente	ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Di. Nasc. 14/12/1977	Atendimento	63328086	Prontuário	651308
Convênio	HAPVIDA	Posto	POSTO EMERGENCIA	Leito	824206/2
Profissional(is)	CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA CRM 16610 [1]	Nº	46646810	08/11/2019	às 14 37

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM BOM ESTADO GERAL [1]

CD TIPOIA
REFORÇO NECESSIDADE DO CURATIVO
ORIENTO SOBRE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES (INFECÇÃO,
NECROSE DO TECIDO LESIONADO ETC)

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10

S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

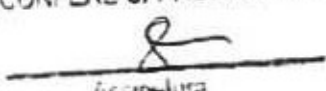
S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]

CID10

S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO


Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

08/11/2019 14:39

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA DL Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63328086	Prontuário: 651308
Convênio: HAPVIDA	Poslo: POSTO EMERGENCIA	Leito: 824206/2
Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA CRM 16610 [1]	Nº 46646810	08/11/2019 às 14:37

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM BOM ESTADO GERAL	[1]
------------------	--	-----

CD TIPOIA
REFORÇO NECESSIDADE DO CURATIVO
ORIENTO SOBRE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES (INFECÇÃO,
NECROSE DO TECIDO LESIONADO ETC)

Queixa Principal		
------------------	--	--

Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
---------------------	--------------------------	-----

CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]
-------	---------------------------	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]
-------	---------------------------	-----

CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]
-------	---------------------------	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

22/11/2019 06:05:55

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
699232	ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO	M	14/12/1977	41
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
252099592 SSP CE	75342588391		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CAPITAO MANOEL MEDEIROS 04 FORQUILHA / PACATUBA PACATUBA-CE CEP:61800000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
997679600		MARIA FELICIO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/11/2019	05:56		Clinica
Médico Atendente			4-CIRURGICA
29505461 EDILMAR FERREIRA LESSA			Tipo Atendimento
Médico Acompanhante			0 INTERNACAO
29505461 EDILMAR FERREIRA LESSA			

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	COLETIVO
22-HAPVIDA	VICUNHA TEXTIL S/A	
	1-PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	
Carteira	Validade	
02106109841004171		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133430 SALA CC 03	01
N. Guia	Procedimento	Senha
1984227	99996666	D39778888
1984227	30717108	D39778888
Descrição		
INTERNACAO		
FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRURGICO		
Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 2		
Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 8		
Material - 99800411 - PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM - QTDE: 4		
Material - 99832714 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3.5 MM ICLUI PARAFUSOS - QTDE: 1		
1984227	30717167	D39779336
1984227	30732026	D39779623
TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO		
ENXERTO OSSEO		

NOTA DE SALA

4812560
HAPVIDA

Atendimento: 63641273 Prontuário: 699232 ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Cirurgia(s): 30717108 FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAM Tipo Anestesia: GERAL

30717167 TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO 30732026 ENXERTO OSSEO

Sala Cirúrgica: SALA CC 04 Setor Emitente: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Apto.: 1014

Equipe Médica: CIRURGIÃO 29505461 EDILMAR FERREIRA LESSA CRM 7399
PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO 903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9328
ANESTESISTA 3723828 EDMAR CARDOSO BARBOSA JUNIOR CRM 14454
INSTRUMENTADORA 3112969 FRANCISCA LETISCE RICARDO SENA COREN 508202

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	35181	ATROPINA 0.25 MG 1 ML AMPL 1 ML	3
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	118895	CINATRACTURIO 10MG/5ML SOL INJ AMPL AMPL 5 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	5	139799	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	36811	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML 2.5 ML AMPL 2.5 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
27928	ARRUELA P/ MONITOR DESCARTAVEL CIT - 1 UD	5	118477	MORFINA 10MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2	91529	NAROPIN SP 7.5MG 20 ML AMPL 20 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1.30X1.60 - 1 UD	4	40542	PROPOFOL 10MG/ML INJ AMPL 20ML AMPL 20 ML	5
01868	CANEIA DESCARTAVEL P/ BISTURI - 1 UD	1	43060	PROSTIGMINE 1 ML AMPL 1 ML	3
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	118970	REMIFENTANILA 2MG P/O UO/LO INJ FRAP FRAP 1 UD	1
30210	CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
138966	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250	77593	SEVOFLURANO 250MG/250ML FR-AMP 250ML FRAS 250 ML	20
112717	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	43796	SORO FISIOLOGICO 0.9% 250 ML TUBO 250 ML	1
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4	43800	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	3
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4.5M TUBO 450 CM	50			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINCO - 1 UD	1			
130623	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
119496	FIO MONONYLON (11637) - ETILON BLK 3-0 ENV 1 UD	1			
119158	FIO MONONYLON (P16631) - ETILON BLK 3-0 ENV 1 UD	1			
119071	FIO POLYCOI (P137) - POLYCOI BLUE 2-0 45C ENV 1 UD	1			
165899	FIO Q-PG109X VICRYL ENV 1 UD	1			
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	4			
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
143220	IVIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50930	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
50946	LAMINA DE BISTURI 22 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	3			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUVA DESC ESTERIL N 7.0 - 1 PA	4			
30660	LUVA DESC ESTERIL N 7.5 - 1 PA	3			
30678	LUVA DESC ESTERIL N 8.0 - 1 PA	2			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1900 CM	120			
50922	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	80			
97209	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3.5MM - 1 UD	7			
130923	PLACA DESCARTAVEL P/ BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
151454	PLACA RECONSTRUCAO ACETABULAR - 1 UD	1			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
150180	SERINGA DESC. 60ML LUER LOCK (BICO ROSQUEADO) SERI 60 ML	1			
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	2			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
30970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD	1			
31143	SONDA ENDOT DESC 7.5 C/BALAO - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Gases / Aparelhos
 GAZA DE SALA Início: 08:45 Fim: 10:45
 TREPANO Início: 08:45 Fim: 10:45
 CAPINOGRAFO Início: 08:45 Fim: 10:45
 OXIGENIO Início: 08:45 Fim: 10:45
 BISTURI ELETTRICO Início: 08:45 Fim: 10:45
 MONITORIZACAO Início: 08:45 Fim: 10:45
 AR COMPRIMIDO Início: 08:45 Fim: 10:45
 OXIMETRO DE PULSO Início: 08:45 Fim: 10:45

FICHA DE ANESTESIA

22/11/2019

ANTONIO PRUDENTE



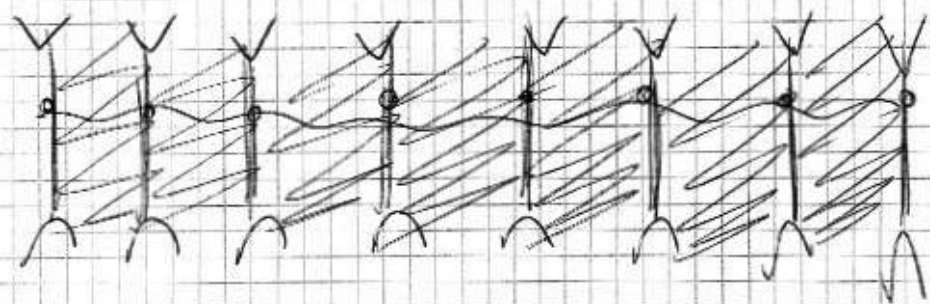
Nome: **Elis F. Rodrigues**
 Idade: **41**
 Peso: **51 kg**
 Altura: **1,70 m**
 Data: **22/11/2019**
 Sexo: **F**
 Local de nascimento: **Osasco - SP**
 Diagnóstico: **Procedimento cirúrgico**
 Cirurgião: **Dr. Edmar Cardoso B. Junior**
 Anestesiologista: **Dr. Edmar Cardoso B. Junior**
 Assi: **ASAI**

8:45

10:41

Propofol + Remifentanyl 2mg
500 µg. 500 µg + 4,500 µg

30 35 36
 100% 100%
 100% 100%
 100% 100%



Ketazol 2g + fentanyl 50 µg
 clonidina 150 µg + fentanyl 50 µg
 + 100 µg + 30 µg
 Lidocaina 2.5% 20 ml.

Líquidos: **200**
 Volume: **200**
 Perdas: **200**
 Balança: **200**
 Entubação: **0**
 Respiração: **0**
 Assi: **ASAI**
 Local da Punção: **0**
 Técnica: **0**
 Início: **8:45**
 Fim: **10:41**

Dr. Edmar Cardoso B. Junior
 Médico Anestesiologista
 CREMESP 19734

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANTAK		ROCTEN 1g	
ADRENALINA amp		SAPIFEN	
ATLANSOL amp 150 mg/ml		NEVORANE	
ATROPINA 0.25 mg/amp	1	SOLU-CORTEF 500 mg	
BICARBONATO DE SÓDIO amp		SUFENTA ml	
CLONIDIN 150 mg	1	TRANSAMIN	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% amp		THOENEBUTAL 0.5 mg	
CIPRO 200 mg/FR		TRAMAL 100 mg	
CLEKANE 20 mg/amp		TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4 mg FR 2.5 ml	1	TRACRIM 25 mg/ amp	
DIAZEPAN 10 mg		ULTIVA 2 mg	
DIMORF 0.2 mg/ml Amp. (1ml)		XILOCAÍNA amp S/AQ 5 ml 2%	
DIMORF 10 mg		XILOCAÍNA C/A 2% ml	
DIPRIVAN amp 20 ml	05 frascos	XILOCAÍNA PESADA 5% amp	
DIPRIVAN cápsula 50 ml PES		XILOCAÍNA S/A 2% ml	1 fr 1500
DIPRIVAN amp		XILO-GEL	20 ml
DRAMON B6 DI IV			
DXPLANTINA amp			
DOPAMINA			
DORMONID 15 mg/amp	1		
DORUREX amp			
EFORIL amp			
ERGOTRATE 0.2 mg/amp			
ESMERON			
FLAGYL 500 mg		SORO	QTE
FENTANIL amp	5, 1 me 1	SORO-FISIOLÓGICO 0.9% 500 ml	1
GLUCONATO DE CÁLCIO		SORO-GLICOSADO 0.5% 500 ml	
FORANE		SORO FISIOLÓGICO 0.9% 250 ml	
HIDROCORBILINA 500 mg		SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ml	
HALOTHANO		SORO RINGER LACTATO 500 ml	1
HEPARINA		SOL. MANITO 20% 250 ml	
HYPNOMIDATE 2 mg/ml		FRUTOSE	
INDVAL amp		VOLEN	
IPSILON 1g			
KEFAZOL 1g/ amp	22.		
KEFLIN amp		SANGUE / HEMODERIVADOS	QTE
KETALAR ml		PLASMA	
LANE XAT amp		SANGUI	
LASDI amp		PAPA DE HEMÁCIAS	
MARCAÍNA C/A 0.5% amp		ALBUMINA	
MARCAÍNA PESADA amp			
MARCAÍNA S/A 0.5% amp			
METHERGIN amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	QTE
NIUPERIDOL amp	2x	CATETER VENOSO	1
NIMBILUM 10 mg		EXTENSOR	1
NAUSEDRON 8 mg		EQUIPO DE SORO	1
NARCAN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	1
NAROPIN amp	1x	SONDA TRAQUEAL	
NIPRIDE amp		AGULHA P/ PERIDURAL	
NORADRENALINA		SONDA NASOGÁSTRICA	
NORCURON		AGULHA P/ BAQUE	
NUBAIN amp		TORNEIRA TRÊS VIAS	1
OMEPRAZOL 400 mg FR		EQUIPO DE BOMBA	
ORASTINA amp 5 U/ml		EQUIPO DE BOMBA FOTO	1
PAVILON amp		AGULHA STIMOPREX	
PLAMET amp			
PLASIL amp			
PROFENID IV			
PROSTIGMINE amp 0.5 mg	5		
QUELIGIN 100 mg/ vd			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesiologista - CRM

Justificativa Médica

Dr. Edmar Cardoso B. Junior
Médico Anestesiologista
CREMESC 19714

22/11/2019 10:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63641273 Prontuário: 699232

Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1] Nº: 47247863 22/11/2019 às 10:15

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S420 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S420 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 22/11/2019 [1]

Hora Da Cirurgia 10:15 [1]

Cirurgia TRAT. CIR. FRATURA DE CLAVICULA
ENXERTO OSSEO
TRANSFERENCIA MUSCULAR AO NIVEL DO OMBRO [1]

Cirurgião DR EDILMAR LESSA [1]

1º Auxiliar DR BRUNO BOTELHO [1]

Anestesista DR EDMAR [1]

Descrição Cirúrgica
Decúbito dorsal
Assepssia e antissepsia
Acesso sobre a clavícula
Divulsão por planos
Redução dos fragmentos da fratura com dificuldade pela cominuição
Estabilização com placa modelada e parafusos
Controle radiográfico
Enxertia óssea para preenchimento de falha óssea da clavícula
Transferencia muscular do trapézio para o peitoral em jaquetão para reforço
Hemostasia e limpeza
Sutura por planos
Curativo esteril
Imobilização com tóia [1]

Códigos Dos Procedimentos 30717108 D39778888 [1]
30717167 D39779336
30732026 D39779623

Dr. Bruno Botelho
CRM 9329
22/11/2019 10:15

22/11/2019 10:16

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63641273 Prontuário: 699232
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1

Profissional(is): JULIANA ALEXANDRE BATISTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 47246265 22/11/2019 às 09:45
 COREN 916943 [1]
 JULIANA ALEXANDRE BATISTA DOS SANTOS COREN 916943 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/11/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	08:30	[1]
Cirurgia	FRATURA DE CLAVICULA	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Alergias 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 Sanguinea	NÃO SE APLICA.	[2]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	NÃO.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	ESQUERDA.	[2]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
	SIM.	

JULIANA ALEXANDRE BATISTA DOS SANTOS
 COREN - CE-916.943
 Técnico de Enfermagem

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/11/2019 10:16

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63641273 Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

SIM.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

SIM.

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

NÃO SE APLICA.

[2]

Preenchimento De Gulas E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

SIM.

[2]

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E
O Manejo Do Paciente

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

SIM.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

CADEIRA DE PRAIA

[2]

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 14/12/1977
Nº Prescrição: 0024726671
Leito: 133430/1

Atendimento: 63641273
22/11/2019 às 10:05
Peso: 90.00 kg

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 18:00 ;

SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.83 ml/Kcal/dia 500ml
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/1GR) 8/8h EV 22:00 ; 23/11 - 06:00 ;
(D/12) Agua Destilada 10ml

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/10MG) 8/8h EV 22:00 ; 23/11 - 06:00 ;
Soro Fisiológico 0.9% 100ml

5. PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV 21:00 ; 23/11 - 05:00 ;
Agua Destilada 18ml

6. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV 18:00 ; 23/11 - 00:00 ; 23/11 - 06:00 ;
Agua Destilada 18ml

7. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/ 100MG) 6/6h EV 21:00 ; 23/11 - 03:00 ;
Soro Fisiológico 0.9% 100ml

Alta vigilância
8. PUNCAO C/ JELCO SN 16:00 ;

9. SINAIS VITAIS

10. CURATIVO COM ATADURA E GAZE 16:00 ;
ACOCHOADA MEDIO

18. Alta em: 23/11/2019 ALTA MELHORADO
Alta dada por: BRUNO DE BRITO BOTELHO

Reservado para o SNU
ENTEROFIX Ass.

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

RP-1531

DIANA NELL Y OLIVEIRA ALcantara 22/11/2019 15:06

RP-192 85.4.101

Disco 1/1 -
Anexos 1/1 -
Ass. Bruna de Brito Botelho

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	Dt. Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63641273	Prontuário: 699232
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0024726671	22/11/2019 às 10:05	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1	Peso: 90.00 kg	

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
PLAMET							
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	EXTENSOR 20CM C2 VAS - 1 UD	1				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	CATERINTRA VENOSO 24 (LEI CO) - 1 UD 1	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	15				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1				
BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML 2	2	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6				
DIPIRONA AMP							
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 3	3	Curativo Com Aladura E Gaze Acionada Medi					
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 3	3	ATAJUSA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	CEFALOXINA SODICA					
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	KEFAZOL FRAP - 1 UD	2				
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	3	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	30				
CETOPROFENO IV							
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML 2	2	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2				
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 2	2	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML 2	2				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20	HV Vol Total: 500.00 Vig:					
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML 11	11				
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1				
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	2	TORNEIRA 03 VAS - 1 UD	1				
TRAMADOL							
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML 2	2						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2						
TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMPL 2	2						
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML 2	2						
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4						
Puncão C/ Jato							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15						
WRIX FIXADOR DE CATER - 1 UD	1						

[Handwritten signature]

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	Id. Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63641273	Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24728928	22/11/2019 às 12:15	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 225/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: ELANDIA FARIAS FEITOSA (COREN 326707)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
MONITOR CARDIACO	Mantido		
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATORIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOSElandia Farias Feitosa
COREN 326707 - ENE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	DT. Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63641273	Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24729284	22/11/2019 às 12:38	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 225/1	Enfermeiro(a):	Elandia Farias Feitosa
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: Elandia Farias Feitosa, ENFERMEIRO(A), COREN 326707 [1]			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO
RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido: [1] OK

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades
Laterais Levantadas Mantido: [1] OK

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido: [1] OK

Elandia Farias Feitosa
COREN-CE 326707 - ENF.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/11/2019 12:46

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63641273	Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: 225/1
Profissional(is): Elandia Farias Feitosa, ENFERMEIRO(A), COREN 326707 [1]	Nº: 47255636	22/11/2019 às 12:41

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

AS 11:10HS, L.F.R.S., 41 ANOS, SEXO: MASCULINO, ADMITIDO NA RPA PROVENIENTE DO CC, APÓS PROCEDIMENTO CIRURGICO OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA COM DR EDILMAR LESSA. PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA ALERGIAS. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, REPOUSO NO LEITO, DIETA POR VO: GERAL LUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, AFEBRIL, MANTÉM AVP EM MSD PÉRVIO E FUNCIONANTE, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO LIMPO E SECO EXTERNAMENTE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS E AUSENTES NO PERÍODO. SEGUE SEM QUEIXAS SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

[1]

#SSVV:

FC= 60 BPM

SPO2= 99%

PA= 128X69MMHG

R= 18 RPM

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVAS; MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS.

RISCO DE QUEDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP, RENOVAR ACESSO A CADA 72 HORAS, CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO, MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.

ENFA ELANDIA 326707

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Elandia Farias Feitosa
COREN-CE: 326707 - ENF.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/11/2019 15:08

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 63641273	Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1014/3
Profissional(is): DIANA KELLY OLIVEIRA ALCANTRA, ENFERMEIRO(A). COREN 480928 [1]	Nº: 47261989	22/11/2019 às 15:06

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

MT

[1]

PACIENTE F.F.R.S., 41 ANOS, SEXO: MASCULINO, HD: POI DE OSTEOSINTESE DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA COM DR EDILMAR LESSA.
ADMITIDO NO POSTO 1B, PROVENIENTE DA RPA.
PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA ALERGIAS.
EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, REPOUSO NO LEITO, DIETA POR VO: GERAL EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, AFEBRIL, MANTÉM AVP EM MSD PÉRVIO E FUNCIONANTE, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO LIMPO E SECO
EXTERNAMENTE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS E AUSENTES NO PERÍODO. SEGUE SEM QUEIXAS SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO;

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP, RENOVAR ACESSO A CADA 72 HORAS, CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO, MANTER FIXAÇÃO ADEQUADA.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 28/11/19

Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME COMPLETO: Blues Fernandes Machado DATA NASC: 14/12/77 IDADE: 24 PESO: _____ SEXO: M () F
CIRURGIA REALIZADA: Fract. e osteossíntese CIRURGIÃO: Edimar HORA DA ENTRADA NA RPA: 11:40

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (irpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCÊMIA (mg/dL)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
11:10	105/62	59	18	34.9	-	98	0	avne
11:25	105/61	59	18	35.0	-	98	0	avne
11:40	119/61	59	18	36	-	99	0	avne
11:55	119/62	59	16	36	-	100	0	avne
12:10	119/64	60	16	36.1	-	99	0	avne
12:40	108/69	58	17	36	-	98	0	avne
13:10	132/63	75	19	36.6	-	100	0	avne

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Atividade Muscular	Movimentar os quatro membros	2
	Movimentar dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É 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% do 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	É 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
11:30	1	2	2	2	2	9
12:30	1	2	2	2	2	9
13:30	2	2	2	2	2	10

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO DA ALTA DA RPA: 13:30

MÉDICO(A): Dr. João Paulo R. Carvalho

ENFERMEIRO(A): Elanilda Farias Sousa

CREMEC 12723 RQE 9618

Paciente: FILIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 14/12/1977
Nº Prescrição: 24737629
Telto: 1014/3

23/11/2019 às 07:23

Atendimento: 63641273
Prontuário: 699232
Peso: 90.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	33h	ORAL	CRM-8260
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol Totat	500 ml	CRM-8260
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	20.83 mKcal/dia	500 ml	
3. CEFATOZOLINA SODICA (1.00g) (D22)	1g	1 FRAP (FRAP C/1GR)	818h EV CRM-8260
4. CETIOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/100MG)	818h EV CRM-8260
5. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/10MG)	818h EV CRM-8260
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/100MG)	616h EV CRM-8260
7. DILPONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	616h EV CRM-8260
8. PUNCAO C/ JELCO			SN CRM-8260
9. SINAIS VITAIS			CRM-8260
10. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO			CRM-8260
12. Alta em: 23/11/2019			
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			
Profissionais: CRM-8260			
RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/11/2019 08:18

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt Nasc.: 14/12/1977

Atendimento: 63641273

Prontuário: 699232

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

Leito: 1014/3

Profissional(is): VANESSA VIANA MONTEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 404354 [1]

Nº: 47288320 23/11/2019 às 08:17

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTAO MT

[1]

PACIENTE E.F.R.S. 41 ANOS. SEXO: MASCULINO
HD: 1º PO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA DE CLAVICULA
ESQUERDA COM DR EDILMAR LESSA
ADMITIDO NO POSTO 1B, PROVENIENTE DA RPA.
PACIENTE NEGA COMORBIDADES, NEGA ALERGIAS.

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, REPOUSO NO
LEITO. DIETA POR VO. GERAL EUPNEICO EM AR AMBIENTE.
NORMOCARDICO, NORMOTENSO, AFEBRIL, MANTEM AVP EM MSD
PÉRVIO E FUNCIONANTE. SEM SINAIS FISIOLÓGICOS, PULSEIRA DE
IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO LIMPO E SECO
EXTERNAMENTE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS E
AUSENTES NO PERÍODO. SEGUE SEM QUEIXAS SOB CUIDADOS DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM.
ALTA HOSPITALAR.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO AO MANUSEIO,
ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM
DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS
CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE
DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP, RENOVAR ACESSO A CADA 72
HORAS CONFORME ROTINA DA INSTITUIÇÃO, MANTER FIXAÇÃO
ADEQUADA.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/11/2019 10:

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63641273 Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1] Nº: 47247502 22/11/2019 às 10:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	Paciente internado para tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esq. Procedimento realizado sem intercorrências, dentro do programado. Segue para observação e recuperação pós-operatória. CD: VPM	[1]
CID 10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 9329 ROE 4498

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/11/2019 07:24

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63641273 Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1B Leito: 1014/3

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1] Nº: 47286660 23/11/2019 às 07:24

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 pos op de fratura de clavícula
evolui estável sem queixas
alta hospitalar

[1]

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

(Preencher quando não houver atestado)

Nome completo (paciente):

LEAS FRANCISCO RODRIGUES

CPF:

Data de Nascimento: 11/12/1977

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

a seguinte alternativa anestésica

Genil Venício C/ ou
3/02- Plexo Braquial

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

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

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

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico 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) Fui 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. Fui 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, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

22 de 12 de 20 19

Hora: 7:00

Nome legível: Edmar Cardoso B. Venício

Assinatura: _____

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.

Jr. Edmar Cardoso B. Venício
Médico Anestesiológico
CREMEC 19714
Nome legível. CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Elis Francisco

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
+70 kg	104 80	60	16			Sólidos 10 Líquidos	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

Fortuna / Local Dúbio Esquilo

Cardio-circulatório ☒ Negativo ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras		Câncer ☒ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Outras		Exame Físico Cardíaco Resp Neuro Regional Outro										
Respiratório ☒ Negativo ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras		Gravidez ☒ Negativo ☐ Idade gestacional _____ semanas		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 ☐ Vômito/ diarreia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obst. Intestinal ☐ Outras		Crianças abaixo de 1 ano ☒ Negativo Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo:		Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia) <u>NEGA</u>										
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><u>NEGA</u></td> <td></td> </tr> </table>		Tipo/Agente	Reação	<u>NEGA</u>		Mallampati ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV Distância esterno/mento _____ cm Dentição/Prognatismo						
Tipo/Agente	Reação													
<u>NEGA</u>														
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><u>HEMORR</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>INJUNIL</u></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	<u>HEMORR</u>			<u>INJUNIL</u>			Outros Hemorragias ☒ Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob	
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes												
<u>HEMORR</u>														
<u>INJUNIL</u>														
Músculo esquelético ☒ Negativo ☐ Dor lombar ☐ Musculodistrofia ☐ Outras		Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório ☐ Sim ☒ Não		Avaliação ASA ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI Emergência: ☐ Sim ☒ Não										
Endócrino ☒ Negativo ☐ Diabetes tipo _____ ☐ Patologia da tireoide ☐ Outras		Histórico familiar - problemas com anestesia ☐ Sim ☒ Não		Planejamento Anestésico <u>GENL + Bloq. Plexo</u>										

Comentários sobre os achados

Elis Francisco

DATA: 22/11/2019
 ASSINATURA:
Dr. Edmar Cardoso B. Junior
 Médico Anestesiologista
 CREMEC 19714



Nome completo: Elías Francisco Rodolfo Data de nascimento: 14/12/77 Número do registro hospitalar: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 02/12/79 Hora: _____ Unidade de origem: L.P.A. Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: alta anestesia
Diagnóstico(s): Emat. ele. menor
Sinais Vitais: PA 119/54 mmHg FC 57 bpm FR 18 rpm T 36.4
SpO2 99 % Escala de dor _____
Medicamentos em uso _____
Riscos gerenciados () Não se aplica (x) Flebite () TEV (x) LPP (x) Queda () Outros: _____
Protocolos gerenciados () 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 (x) CVP () PICC () Port a cath () Outros: _____
Sondas, drenos, ostomias (x) Não () Sim Qual? _____
Outros dispositivos (x) Não () Sim Qual? _____
Lesão de pele () Não () Sim Local: _____ Estágio: _____
Curativos () Não (x) Sim Qual produto? _____
Precaução () Não () Sim () Contato () Acrossóis () 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) Maca () Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes (x) Não () Sim () HAS () DM () AVC () DPOC () Outros: _____
Alergias (x) Não () Sim Qual? _____
Procedimentos realizados () Não () Sim Qual? _____ Data: ____/____/____
Valores, crenças, barreiras (x) Não () Sim Qual? _____

AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

SI I

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências

(x) 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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: BRUNO DE BRITO BOTELHO

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Data do Atendimento: 22/11/2019

RECEITA

FLANCOX 500MG ----- 01 CX
- TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS (7 DIAS)

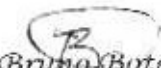
LISADOR DIP 1G ----- 01 CX
- TOMAR 01 COMPRIMIDO ATÉ DE 6/6 HORAS SE TIVER DOR

REPOUSO COM O BRAÇO EM TIPÓIA. PODE MOVIMENTAR COTOVELO, PUNHOS E MÃO.

CURATIVO = LAVAR COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%, CURATIVO COM GAZE + MICROPORE.

RETORNO PARA REVISÃO NA EMERGÊNCIA DE TRAUMATOLOGIA COM 2 SEMANAS, NA QUINTA A TARDE - 13HS,
3277-4029 - RETORNAR ANTES SE FOR NECESSÁRIO.




Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9325 ROE 4498



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO às 10:12, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 22/11/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S420

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

BRUNO DE BRITO BOTELHO

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 ROE 4498

CRM 9329

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BCMKW19G8F1K0

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**



Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Data de Internação:

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao (s) exame (s)/ procedimento (s) a ser (em) realizado (s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame (s)/ procedimento (s).

Eu, ELIAS R. DOS SANTOS inscrito no CPF sob o N° 75425883-91, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) EDILMAR quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento (s): CLIVULA ESQUERDA para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisível (eis) ou fortuita. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, ____ de ____ de 20 ____.

[Assinatura]

Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, EDILMAR F. LESSA CRM N° 7399, médico (a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, 22 de 11 de 20 19.

[Assinatura]

Assinatura/ Carimbo do Médico

Dr. Edimar Lessa
Traumatologia e Ortopedia

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/11/2019 10:17

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63641273 Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1

Profissional(is): JULIANA ALEXANDRE BATISTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 47245169 22/11/2019 às 09:22
COREN 916943 [1]
JULIANA ALEXANDRE BATISTA DOS SANTOS COREN 916943 [2]

PACIENTE

Data De Admissão 22/11/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia ELETIVA [1]

Data Da Cirurgia 22/11/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA [1]

Pulseira De Identificação MSD [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NÃO [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento DR. EDMAR [1]

Hora 08:30 [1]

Sala 04 [1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia HEMATOMA, ESCORIAÇÕES NO DEDO [1]

Início Da Anestesia 08:40 [1]

Término Da Anestesia 10:45 [1]

Início Da Cirurgia 09:05 [1]

Término Da Cirurgia 10:05 [1]

Instrumentador TEREZA (ORTOGENESE) + LETISCE [1]

Circulante JULIANA [1]

Posição do paciente durante o ato operatório Outros [1]

Membro Ou Lado A Ser Operado CLAVICULA ESQUERDA [1]

Numero Inicial De Compressas 20 UD [1]

Contagem Final De Compressas 20 UD [1]

Medicações/hora KEFAZOL 2G ÀS 08:45 [1]

Exames De Imagem Sim [1]

Clorexedine Alcoólico Sim [1]

Clorexedine Degermante Sim [1]

Tipo ELÉTRICO [1]

Número De Série 03108 [1]

Material CX DE PEQUENOS FRAGMENTOS [1]

Fornecedor ORTOGENESE [1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/11/2019 10:17

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977		Atendimento: 63641273	Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA		Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1

Data Da Esterilização	20/11/0019	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	SUTURADA+CURATIVO	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]

SINAIS VITAIS		
Pulso	73 bpm	[1]
PA	138X99	[1]
FC	73 bpm	[1]
FR	16 mrpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	22/11/2019	[1]
Hora	08:35	[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PCT E.F.R.S.N 41 ANOS, SEXO MASCULINO, ÀS 08:30 ADMITIDO NO CC PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO ELETIVO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA COM DR.EDILMAR LESSA + DR. BRUNO BOTELHO. REALIZADO ANESTESIA GERAL + BLOQUEIO DE PLEXO COM DR.EDMAR CARDOSO. PCT TRANQUILO, COOPERATIVO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERBALIZANDO, VEIO TRANSPORTADO EM CADEIRA DE RODAS, COM ESCORIAÇÕES EM MSE, NEGA ALERGIA, NEGA COMORBIDADES. PCT FEITO ACESSO VENOSO PERIFERICO EM MSD, CURATIVO SIMPLES, LIMPO E SECO EM CLAVICULA ESQUERDA, ENCAMINHADO A SRPA SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, SEGUE SOB CUIDADOS.	[1]
Intercorrências	NÃO	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	CLAVICULA ESQUERDA	[2]
Dreno	NÃO	[2]
Placa De Bisturi	PANTURRILHA ESQUERDA	[2]
Punções Venosas	MSD	[2]
Coxim	DORSO	[2]

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


JULIANA ALEXANDRE BATISTA
 COREN - 06.916.943
 Técnico de Enfermagem

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/11/2019 10:16

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63641273 Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1

Profissional(is): JULIANA ALEXANDRE BATISTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 47246265 22/11/2019 às 09:45
COREN 916943 [1]
JULIANA ALEXANDRE BATISTA DOS SANTOS COREN 916943 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/11/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	08:30	[1]
Cirurgia	FRATURA DE CLAVICULA	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Alergias 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 SE APLICA.	[2]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	NÃO.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[2]

JULIANA ALEXANDRE BATISTA
COREN - CE 916.943
Técnico de Enfermagem

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	ESQUERDA.	[2]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
	SIM.	

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/11/2019 10:16

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977		Atendimento: 63641273	Prontuário: 699232
Convênio: HAPVIDA		Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas		[2]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[2]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[2]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	NÃO SE APLICA.	[2]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[2]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	CADEIRA DE PRAIA	[2]



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
63955607



16/01/2020 11:00:40

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3852812	ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO	M	14/12/1977	42
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	75342588391			1-CASADO
Endereço				
AV CE 060 K18,10374 - FURQUILHA, PACATUBA(CE) CEP 61900000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
33451849	85028570			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
02106109841004171			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
05/12/2019	13:13		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2585251 FILIPE SANCHO DE MÂCEDO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Felipe 27851
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

16/01/2020 11:01

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63955607 Prontuário: 3852812
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/3
Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MACEDO CRM 15158 [1] Nº: 47826150 05/12/2019 às 13:26

ANAMNESE

Queixa Principal	POS OPERATORIO EDILMAR	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]
CID10	S420 FRATURA DA CLAVICULA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO
Felipe 27856
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

16/01/2020 11:02

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63955607 Prontuário: 3852812
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/3

Profissional(is): MARIA AUCIONELIA PAULA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN Nº: 47840125 05/12/2019 às 18:47
754949 [1]

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem ok [1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE RETIRADA DE PONTOS 1 JUSTIFICADO AS 18:12, EM 05/12/2019 POR MARIA AUCIONELIA PAULA SILVA, COREN/CE 754949. MOTIVO: J [1]

CONFERE O PRONTUÁRIO
FELICE 27856
Assinatura



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

16/01/2020 11:02

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977 Atendimento: 63955607 Prontuário: 3852812

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/3

Professional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA CRM 7399 [1]

Nº: 47828109 05/12/2019 às 14:14

ANAMNESE

Queixa Principal

SEGUIMENTO 13 DIAS PO DE FRATURA DE CLAVICULA RX OK

[1]

CONFERE O PRONTUÁRIO
FOLHA 27856
Assinatura



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
64792884



16/01/2020 11:00:59

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3852812	ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO	M	14/12/1977	42
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	75342588391		1-CASADO	
Endereço				
AV CE 060 K18,10374 - FURQUILHA, PACATUBA(CE) CEP 61900000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
33451849	85028570			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
02106109841004171			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
15/01/2020	13:37		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

16/01/2020 11:03

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977

Atendimento: 64792884

Prontuário: 3852812

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]

Nº: 49521748 15/01/2020 às 13:50

ANAMNESE

Queixa Principal POS OP CLAVICULA ESQ COM COLEGA HA 2 MESES [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]

CID10 S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

16/01/2020 11:03

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977	Atendimento: 64792884	Prontuário: 3852812
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /

Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA CRM 7399 [1]	Nº: 49525174	15/01/2020	às 15:02
---	--------------	------------	----------

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
------------------	-----	-----

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	15/01/2020	[1]
--------------	------------	-----

Hora Da Alta	15:02	[1]
--------------	-------	-----

16/01/2020 11:03

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**Paciente:** ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA Dt. Nasc.: 14/12/1977**Atendimento:** 64792884**Prontuário:** 3852812**Convênio:** HAPVIDA**Posto:****Leito:** /**Profissional(is):** EDILMAR FERREIRA LESSA CRM 7399 [1]**Nº:** 49524974 **15/01/2020 às 14:58****ANAMNESE****Queixa Principal**SEGUIMENTO PO 8 SEM DE FRAT DE CLAVICULA . ADM
RECUPERADA AINDA COM DEFICIIT DE FORÇA . CD FISIOTERAPIA

[1]

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA
61939-915 MARACANAU - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico. CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

Paciente. ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

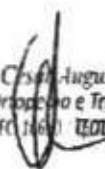
Data do Atendimento 08/11/2019

RECEITA

AO SETOR DE AUTORIZAÇÕES

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO, EVOLUINDO COM FRATURA DA CLAVÍCULA

SOLICITO CIRURGIA ELETIVA PARA OSTEOSSÍNTESE


Dr. Cesar Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
(CREMOM 14601) RCD 16544 / RQE 10142



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM: 8260

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia
2ª Via orientação ao paciente

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

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Endereço: CAPITAO MANOEL MEDEIROS 04 FORQUILHA / PACATUBA PACATUBA CE 61800000 Tel.
997679600

Prescrição:

OXYPYNAL 10 MG ----- 01 CX COM 1
- TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS 7 DIAS)

MAXSULID 400 MG ----- 01 CX COM 10
- TOMAR 01 COMPRIMIDO ATÉ DE 12/12 HORAS POR 05 DIAS

REPOUSO COM O BRAÇO EM TIPÓIA. PODE MOVIMENTAR COTOVELO, PUNHOS E MÃO.

CURATIVO = LAVAR COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%, CURATIVO COM GAZE + MICROPORE.

RETORNO PARA REVISÃO NA EMERGÊNCIA DE TRAUMATOLOGIA COM 2 SEMANAS, NA QUINTA A
TARDE - 13HS, 3277-4029 - RETORNAR ANTES SE FOR NECESSÁRIO.

Data : 23/11/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

Oxycartin

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



NOME
ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
94015093245 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
753.425.883-91 14/12/1977

FILIAÇÃO
**FRANCISCO CARLOS
RODRIGUES DA SILVA
MARIA FELICIA DE SOUSA
SILVA**

PERMISSÃO

ACC

CAENAB

AB

Nº REGISTRO
05452279786

VALIDADE
18/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
23/03/2012

OBSERVAÇÕES

A ;
EAR;

Elias Francisco Rodrigues da Silva Neto

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
20/01/2017

Idor Vascenelous Pontes

ASSINATURA DO EMISSOR

**55050874874
CE157725120**

CEARÁ

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
048.217.413-77 18/06/1990

FILIAÇÃO
FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05034566735

VALIDADE
06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/10/2017

Idor Vancinellus Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014734110421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

75342588391

HX21902 /CE

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

14734110421

1017146721

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

23/05/2019

VIA

1

CPF / CNPJ

75342588391

PLACA

HX21902

RENAVAM

911660208

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB.

2007

CAL. TMB.

09

Nº CHASSI

9C2KC0B507R051280

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$)

36.05

DENATRAM (R\$)

4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IOF (R\$)

0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

84.58

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

11/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.500/0001-04

MOTOR: KC08E57051280

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

CE Nº 014734110421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

75342588391 HX21902 /CE

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

14734110421 1017146721

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/05/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 75342588391 PLACA HX21902

RENAVAM 911660208 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2007 CAL. TMB. 09 Nº CHASSI 9C2KC0B507R051280

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.05
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 11/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.500/0001-04

MOTOR: KC08E57051280

JAN / 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200046478 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da clavícula esquerda e fratura da falange distal do 5º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 30°, abdução aos 70°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 30°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do 5º dedo da mão esquerda apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 70°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 60°. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alteração motora do segmento.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura diafisária da clavícula esquerda e fratura da falange distal do 5º quirodáctilo esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento de 08/11/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura da clavícula esquerda, tratamento medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no ombro esquerdo apresentou alteração do mecanismo acromioclavicular com redução da força e mobilidade e no 5º dedo da mão esquerda apresentou redução da força e mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no ombro esquerdo e 5º dedo da mão esquerda. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em ombro esquerdo, em grau médio, com redução da força e mobilidade. Perda funcional, parcial e incompleta em 5º dedo da mão esquerda, em grau leve, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200046478

Nome do(a) Examinado(a): ELIAS FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA NETO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua DR MENDEL STEINBRUCH, 10414, , 61.801-365, FORQUILHA, Pacatuba/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 94015093245

Data e local do acidente: 08/11/2019 - Pacatuba/CE

Data e local do exame: 08/02/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura diafisária da clavícula esquerda e fratura da falange distal do 5º quirodáctilo esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação da fratura da clavícula esquerda, tratamento medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no ombro esquerdo e 5º dedo da mão esquerda, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 30°, abdução aos 70°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 30°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do 5º dedo da mão esquerda apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 70°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 60°. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alteração motora do segmento.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta em ombro esquerdo, em grau médio, com redução da força e mobilidade. Perda funcional, parcial e incompleta em 5º dedo da mão esquerda, em grau leve, com redução da força e mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequelas permanentes" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Ombro Esquerdo - Médio - 50%

5º Dedo da Mão Esquerda - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico