

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** NÃO DEFINIDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Documento/Motivo:** Documentação Médico Hospitalar

**Nome do documento** Boletim de Primeiro Atendimento Médico , Relatório Médico Com a Evolução da Lesão , Folha Cirúrgica  
**faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA 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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL

**Documentos complementares:**

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/08/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

**Documentos complementares:**

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190475494**

**Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00713-7

CONTA: 000000052537-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2309201905000000000237007130000005253784375 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00713-7

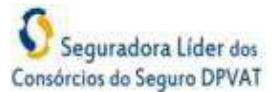
CONTA: 000000052537-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO27082019050000000002370071300000052537168750 PAGO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/09/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA  
CPF: 703.383.703-82

Data do cadastramento: 09/09/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

**CPF:** 703.383.703-82

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/12/2018

**Titular do CPF:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA : 703.383.703-82**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

**Documentação recebida sem conferência.**

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019  
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA  
CPF: 703.383.703-82

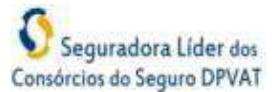
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/08/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Data do cadastramento: 21/08/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL

**Documentos complementares:**

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** NÃO DEFINIDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Documento/Motivo:** Documentação Médico Hospitalar

**Nome do documento** Boletim de Primeiro Atendimento Médico , Relatório Médico Com a Evolução da Lesão , Folha Cirúrgica  
**faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA 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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA 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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/08/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (P8 E 9).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

**Documentos complementares:**

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA.

**Descrição do exame físico:** BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E CREPITAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).  
REALIZOU FISIOTERAPIA.  
RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/09/2019.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/09/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

**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 joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA.

**Descrição do exame físico:** BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E CREPITAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).  
REALIZOU FISIOTERAPIA.  
RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/09/2019.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/09/2019

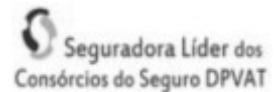
**Conduta mantida:** Não

**Observações:** OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

## 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/09/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Data do cadastramento: 09/09/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

**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: 3190475494

Nome do(a) Examinado(a): George Wiliame de Freitas Moreira

Endereço do(a) Examinado(a): R Trezentos e Onze, 286 Cj Sao Cristovao  
Jangurus Fortaleza CE CEP: 60866-360

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 93006005152

Data local do acidente: [ 29/12/2018 ]

Data local do exame: [ 12/09/2019 ] FORTALEZA [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA PROXIMAS DIREITAS**

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

**Tratamento: OSTEOSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA TÍBIA. FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM**

**Data da Alta: 06/09/2019**

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

**LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 60º COM CREPITAÇÃO E EDEMA RESIDUAL ++/4+.**

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

Sim       Não

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

Sim       Não

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

**SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO PELA PERDA PARCIAL DA 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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

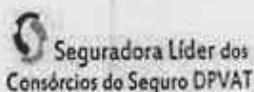
**Dr. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

GEORGE WILIAME DE  
FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

**GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA : 703.383.703-82**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/08/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA  
CPF: 703.383.703-82

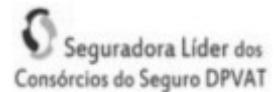
Data do cadastramento: 12/08/2019

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/08/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Data do cadastramento: 21/08/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE





Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuario: 5596192 Nome do Paciente: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA Data de Nascimento: 1975-02-07 00:00:00 Sexo:

Profissional: CARLOS EMANUEL VASCONCELOS Atividade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data Registro: 02/01/2019 11:22:21

Descrição:

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA  
RG 93006005152 / BE: 5596192  
Rua 311 casa 286 ,São Cristóvão , Fortaleza,Ce ,

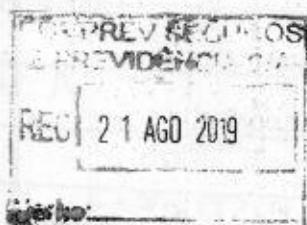
Paciente deu entrada neste hospital dia 29/12/2018 às 12:10h,trazido pelo SAMU com história de queda de moto com fratura de Platô Tibial.

Em virtude do quadro clínico , deverá realizar cirurgia .Inicialmente deverá ficar quinze dias de repouso funcional a contar da data de 29/12/18.Este atestado deverá ser renovado em função da cirurgia.

CID 10 S82.1 Fratura da Extremidade Proximal da Tibia

Data da Impressão: 02/01/2019 11:22:26

CARLOS EMANUEL VASCONCELOS - C.R.M./C.R.O.:  
Carimbo e Assinatura do Médico





**Facivida**  
FUNDACAO DE ASSISTENCIA A CIDADANIA E A VIDA

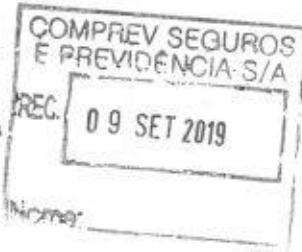
PI George William de Farias Moreira

Atestado Médico

Atestado para os devidos fins que o paciente supraassentado  
foi vítima de acidente de moto em 29.12.19, sofrendo  
Fratura de Plataforma tibial direita, realizou osteossíntese  
cirúrgica com fixações de placa e parafusos. Encontra-se  
de alta médica com sequelas do agravo de dor em  
joelho direito, dificuldade de pisar, redução da amplitude  
de giro do joelho direito e dos movimentos de extensão  
e flexão do pé direito, edema residual da tibia direita.

CID < 582.14

Luciano Araújo Vasconcelos  
Médico  
CRM 10985



06.09.19

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 06/08/2019 13:57:42

Por: EDUARDO MOREIRA

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

DATA/HORA: 29/12/2018 12:10:09

CNS:	NOME: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA			Registro: 5596192
CPF:	RG: 93006005152	D. NASC: 07/02/1975	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA		NOME DO PAI: FRANCISCO CLEZO MOREIRA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: 311	Nº: 286	BAIRRO: SÃO CRISTÓVÃO
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 987908190,	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE CEP:
NOME: SAMU CE USB 110 CONDT KELVIN VERAS		IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL		
PARENTESCO:		TELEFONE: 987908190		
TIPO DE VÍNCULO:		ACIDENTE DE TRABALHO		
CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		CÓDIGO DO CNAER:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.				
QUEIXAS: pac. vítima de queda de moto com capacete nega desmaio , com trauma em joelho D e tibia e fibula e ombro esq. referindo dor forte , trazido pelo Samu				
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada				
SINAIS VITAIS				
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala da Dor:	Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:				
Anamnese: ATENDIMENTO MÉDICO				

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	<i>26/08/2019</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:		
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	





Nº de Inscrição:

007120990

## DADOS DO CLIENTE

Nome: GEORGE WILIANE DE FREITAS MOREIRA  
 End. Littoral: AV 311 CJ SAO CRISTOVAO, 266, JANGUARUSSU  
 Cidade: FORTALEZA

End. Entrada:

CEP: 60066-360

Cidade:

Local: 001

Setor: 053

Subsetor: 00

Quadra: 0370

Subquadra: 00

Lote: 0069

CEP:

Comp: 0000

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço: ÁGUA

Medidor: ATAF403035

Leitura Anterior: 588

Leitura Atual: 0

Volume(m<sup>3</sup>): 12Média Semanal(m<sup>3</sup>): 12

## DATAS

Leitura Atual: 07/06/2019

Entrega: 07/06/2019

Lacre Águas: 2017359

Leitura Anterior: 06/05/2019

Próxima Leitura: 06/07/2019

Lacre Egoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Chloro	Turbidez	COR	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analizadas	548	547	548	545	545
Em conformidade	544	517	361	520	545

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 12 m<sup>3</sup> | META: 10 m<sup>3</sup>.  
 Diga não ao trabalho infantil. DENUNCIE! Disque 100 ou  
 procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência.  
 Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.  
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

## DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	
ÁGUA	50,76		
ESGOTO	23,07		
MULTA DE 2X	1,30	mai/19	11
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,48		0
JUROS/MULTA TARIFA COM	0,10		
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TI-	0,12		
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	12,54		

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,83		VALOR DO SERVIÇO	102,29
COFINS	4,17		MELOR DO SUBSÍDIO	14,92
			LTAR TOTAL A PAGAR	07,37
MES/ANO	06/2019	VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)
		/2019		07,37

Código de barras para pagamento

Banco:

Agência:

Número:

0615075297726 L:0313 H:12:08:37 R:075 P:001

Centro de Atendimento  
**Cagece**  
 0800 275 0195

**Cagece**  
 Cagece.com.br

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,  
 conforme regras das Agências Reguladoras.  
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACTOAH - Autoridade de Regulação, Fiscalização e  
 Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0400 315 1919, Deixas  
 localizadas ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do  
 Ceará 0800 275 3836. Ouvidoria estatal: 155, Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.  
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de  
 8h às 17h no site: www.cagece.com.br ou na Centralina da Cagece: 3701-1919  
 de 8h às 12h e 13h às 17h.

Consumidor  
 Direito à sua dignidade

155





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*



## CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao Sr. **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**, RG n.º 93006005152, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 703.383.703-82, no dia 29/12/2018, às 10h49, no Município de Pindoretama-CE, na Rodovia CE 040, na localidade de Sítio Ema, próximo ao Posto de Ribeirão, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o IJF - Instituto Doutor José Frota. E para constar eu,

Eliete Gomes  
Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por

MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 27 de maio de 2019.

Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ  
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE  
Fone: (85) 3133 7434

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George Williome de Fruito moreira

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

5 - Nome completo:

George Williome de Fruito moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua 311 - Condomínio São Gustavo

9 - Número:

286

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Gonçalves

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.866-360

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0713

CONTA: 52537

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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 (na 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

Sim

Não

29 - Se tem filhos, informar

Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro/vanidê?  Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

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

34

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

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

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

40 - Local e Data: Fortaleza - 12/08/2019

George Williome de Fruito moreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

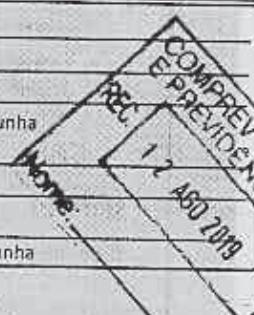
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George Williome de Fruito moreira

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

5 - Nome completo:

George Williome de Fruito moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua 311 - Condomínio São Gustavo

9 - Número:

286

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Gonçalves

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.866-360

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0713

CONTA: 52537

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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 (na Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não

29 - Se tem filhos, informar Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varíascer):  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza - 12/08/2019

George Williome de Fruito moreira

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  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA  
Impresso nº 2019546527



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 573 - 873 / 2019

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **09/08/2019 09:44:24**  
Data / Hora da Ocorrência: **29/12/2018 10:49:00**  
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 040**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **PINDORETAMA/CE**  
Ponto de Referência: **POSTO RIBEIRÃO**

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**  
Nascimento: **07/02/1975** CPF: **703.383.703-82**  
RG: **93006005152** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **HOSANA DE FREITAS MOREIRA**  
**FRANCISCO CLEZO MOREIRA**  
Endereço: **RUA 311, 286 CASA**  
Bairro: **CONJUNTO SAO CRISTOVAO**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL**

UF:

CEP: **60.866-360**  
Telefone: **(85) 3250-8433**

#### Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA PNU-9451, CHASSI 9C2KC2500HR039836, ANO 2017, COR PRETA, MODELO HONDA/CG 160 START EM NOME DE GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, QUANDO O PNEU DA MOTOCICLETA ESTOUROU, PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA indo ao SOLO FRATURANDO A Perna DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA INSTITUTO DR JOSE FROTA; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A):

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000713-7

Conta: 0000052537-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000713-7

Conta: 0000052537-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190475494**

**Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

Em razão da falta de apresentação do(a) Boletim de Primeiro Atendimento Médico , Relatório Médico Com a Evolução da Lesão , Folha Cirúrgica , não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190475494**

**Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

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



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do**  
**Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação,**  
**Avaliação e Controle**  
**CRESUS - Central de Regulação**  
**Estadual do SUS**



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: cleide.castro - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

**Operação:**  
**Acompanhar Solicitação de**  
**Internação**

**VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO**

Siga os passos abaixo:

- Seleção de situação
- Seleção da solicitação
- Visualização da solicitação
- Lista de ocorrência
- Inclusão de ocorrência
- Visualização de ocorrência
- Confirmação de cancelamento
- Registro de transferência
- Confirmação de transferência
- Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

**Atalho**  
**Acesso / Desconectar**  
**Operações**

**Identificação do paciente**

**CNS - PACIENTE**

704702748355831 - GEORGE WILIAME DE  
FREITAS MOREIRA

**NOME DA MÃE**

HOSANA DE FREITAS MOREIRA

**NÚMERO DO PRONTUÁRIO**

5596192

**DATA DE NASCIMENTO - IDADE**

07/02/1975 - 43 anos

**SEXO**

MASCULINO

**NOME DO RESPONSÁVEL**

FAMILIARES

**TELEFONE DO RESPONSÁVEL**

(85) 987908190

**ENDEREÇO**

RUA 311 CJ SAO CRISTOVAO, Nº 286

**BAIRRO**

JANGURUSSU

**ESTADO DE RESIDÊNCIA**

CEARA

**MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**

FORTALEZA

**Plantonista**

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

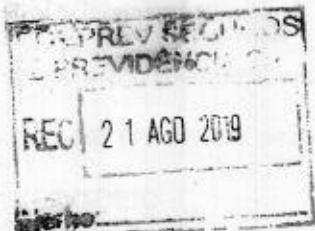
**MÉDICO**

(85) 32555000

**TELEFONE PARA CONTATO**

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA O  
HOSPITAL DE APOIO : INSTITUTO PRÁXIS.  
AGUARDA REMOÇÃO.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**



**Solicitação**

12600100422

**NÚMERO**

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

**SITUAÇÃO**

23044021 - FORTALEZA

**CENTRAL DE REGULAÇÃO**

03/01/2019 - 15:05

**DATA - HORA**

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

**PROFISSIONAL**

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

13 - CIRURGICO -  
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**CLÍNICA**

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS  
INTERNAÇÃO

**CLÍNICA COMPLEMENTAR**

4 - URGÊNCIA

**CARÁTER DA INTERNAÇÃO**

S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia

**GRAU DE PRIORIZAÇÃO**

**Justificativa da internação**

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.684/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ ADMISSÃO ]===[  
Número Data Hora Convênio Classificação  
201921000025 03/01/2019 17:07 PRAXIS SEM CLASSIFICAÇÃO  
Caráter de Atendimento SISREG AIH  
URGENCIA  
Origem do Paciente Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA  
IJF Médico Responsável  
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Dias  
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO  
Procedimento Solicitado 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL 3  
===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]===[  
Nome Sexo  
GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA MASCULINO  
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião  
07/02/1975 43 Anos PARDA CASADO(A) NÃO INFORMADO  
Mãe Pai  
HOSANA DE FREITAS MOREIRA FRANCISCO CLEZO MOREIRA  
Conjuge Responsável Prontuário  
FRANCISCA MEIRE DO NASCIMENTO MO DELVONNELDY FREIRES FREITAS 2449179  
CNS Registro Documento Informado  
704702748355831 201902570000022 RG: 93006005152 Emissão: 07/04/2008  
País Município de Naturalidade CEP  
BRASIL FORTALEZA/CE 60010-000  
Município de Residência Logradouro  
FORTALEZA/CE RUA TREZENTO E ONZE  
Número Complemento Bairro  
286 CONJUNTO SAO CRISTOVAO  
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência  
(85)9879.08190 (85)9881.14358  
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)  
EMPREGADO FORMAL / VIGILANTE  
===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]===[  
Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito  
DELVONNELDY FREIRES FREITAS 207/3  
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 01  
Atendente: daiane.mariano Data: 03/01/2019 Hora: 17:14:24 Tempo: 00:07:07  
===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]===[

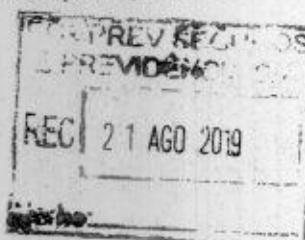
DELVONNELDY FREIRES FREITAS, abaixo assinado, responsável pelo paciente GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 03 de janeiro de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

*Delvonneldy Freira Freitas*



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

T E R M O   D E   L I B E R A Ç Ã O   D E   A L T A

=====[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201921000025 03/01/2019 17:07 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇAO S

Médico Solicitante  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342

Médico Responsável  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342

Procedimento Solicitado  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

=====[ ACOMODAÇÃO ]=====

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clinica	Posto de Enfermagem
207/3	ENFERMARIA	CLÍNICA MÉDICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

=====[ PACIENTE ]=====

Nome	Sexo			
GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	MASCULINO			
Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	Registro
07/02/1975	43 Anos	NÃO INFORMADO	2449179	201902570000022

=====[ DADOS DA ALTA ]=====

Diagnóstico Principal  
5821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Procedimento Realizado  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Hora Motivo  
09/01/2019 14:35 ALTA MELHORADO

=====[ DECLARAÇÃO ]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 09 de janeiro de 2019

REC 21 AGO 2019

Responsável/ *George William Moreira* Nome Legível Assinatura  
Representante Legal

Enfermeira(o) *Karoline Pontes Cavalcante* Nome Legível Assinatura/Carimbo  
Responsável - Karoline Pontes Assinatura/Carimbo  
pela Liberação CORENSE 540729-ENF

MS-DATAUS  
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIHP1  
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL  
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 03/2019

DATA: 11/03/2019

Num AIH: 231910154707-0 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2019 Data de Emissão: 03/01/2019  
Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0207 / Leito: 0003  
Doc autorizador: 708505329547275 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clin.: 210158059320008 Doc médico solic: 201591461720008  
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL Prontuário: 2449179 ✓ Laudo:  
Paciente: GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA ✓ Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 93006005152  
Data Nasc.: 07/02/1975 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 18 - BRASIL Nome da Mae: HOSANA DE FREITAS MOREIRA ✓  
Responsável pac.: GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA Raça/Cor: PARDA  
Endereço: TREZENTO E ONZE, 286 - CONJUNTO SAO CRISTOVAO UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (85)9881.14358  
Município: 230440 - FORTALEZA Muda Proc.? Não  
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE  
Diag. Principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA Causa Obito:

Diag. Complementar: Caráter atendimento: 05 OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 03/01/2019 Data saída: 09/01/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIHP1:

==[ CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA) ]=====

CNPJ do Empregador: CNAER:

Vínculo com a previdência: CBO:

==[ PROCEDIMENTOS REALIZADOS ]=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/ Odte Cmpt	Descrição
1 04.08.05.050-0	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFI
2 04.08.05.050-0	101084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFI
3 07.02.03.090-2	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1	012019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTR
4 04.08.06.019-0	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1	012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
5 04.08.06.019-0	101084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1	012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
6 04.08.05.015-2	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1	012019 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
7 04.08.05.015-2	101084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1	012019 RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
8 08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	6	012019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
9 04.01.01.001-5	201591461720008	0 225270	201591461720008	3969800	5	012019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
10 02.04.06.016-8	3969800	0	3969800	3969800	1	012019 RADIOGRAFIA DE Perna

==[ VALORES DA PRÉVIA ]=====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +		Serviço Profissional		+ +		
	Direto	+ +	Direto	+ +	Rateado	+ +	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	+ Total

04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	162,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	162,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	958,00	9,00	0,00	0,00	406,38	0,00	1.364,38
04.08.06 GERAIS	468,56	0,00	0,00	0,00	137,03	0,00	597,61
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
08.02.01 DIARIAS	48,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,00
Total Geral:	1.864,46	0,00	0,00	0,00	543,41	0,00	2.407,87

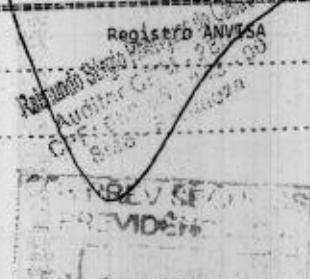
==[ DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES ]=====

Linha Nota Fiscal CNPJ Fornecedor Lote Série Registro ANvisa CNPJ Fabricante

3 27773 ✓ 09.069.959/0001-58 ✓

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-natal:

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle  
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600100422

NÚMERO DA AIH: 2319101547070

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DF JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNSPACIENTE: 704702748355831 - GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 07/02/1975 - 43 anos

SEXO: MASCULINO

NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 987908190

ENDEREÇO: RUA 311 CJ SAO CRISTOVAO, Nº 286

BAIRRO: JANGURUSSU

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF: CEP: 60666360

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: 5821 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050551-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156186780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 03/01/2019 - 15:05 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 03/01/2019 - 18:21

CAUSAS EXTERNAS

Descrição do acidente: NÃO SE APLICA

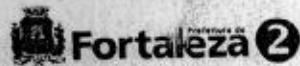
unisusweb.com.br

Página: 1

PT - PREV REG	PT - PREV REG
PREVIDEN	PREVIDEN
REC	21 AGO 2019
Assinatura:	



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA  
"24 horas de proteção à vida"



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:  
**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

2 - CNES:  
**252914**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

PRONTUÁRIO :  
**5596192**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

8 - DATA NASCIMENTO:  
**07/02/1975**

9 - SEXO  
(M) (F)

10 - RACA/COR

10.1 - ETN

11 - NOME DA MÃE/PAI:  
**HOSANA DE FREITAS MOREIRA**

12 - TELEFONE:  
**986230550**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
**N.I**

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):  
**311 286 SAO CRISTOVAO**

16 - MUNICIPIO:  
**FORTALEZA**

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:  
**CE**

19 - CEP:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE PLATO TIBIAL**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
**RISCO DE COMPLICACOES E AGRAVOS**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
**ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS**

*Dr. Gercinim Gomes de Lima  
CRM 3136 - CE 914*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:  
**FX. PLATO TIBIAL**

24 - CID 10  
**S821**

25 - CID10 SECUNDARIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADA  
**OFATALMOS**  
**CRM 3136 - CE 914**

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
**TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE PLATO TIBIAL**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  
**0408050551**

29 - CLÍNICA:  
**TRAUMA**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:  
**EMERGENCIA**

31 - DOCUMENTO:  
( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:  
**03/01/2019**

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR)

### PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO-HOSPITAL

48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

( ) CNES ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

/ /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

*PPR PREV SE  
PREVIDÊNCIA*

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

REC 21 AGO 2019



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 07 / 01 / 19

Nome do paciente: George William de Freitas Moreira

Nº Prontuário: 0999179

Clinica: Cirúrgica

Cirurgião: Dr. Cláudio

Anestesista: Dr. Paulo

Tipo de Anestesia: Náusea

1 Auxiliar:

2 Auxiliar:

3 Auxiliar:

Instrumentadora: Rodrigo

Circulante: Natália

Diagnóstico Pré-Operatório: Fractura Plataforma + Osteosíntese

Tipo de Operação/ Código:

020 AF 150 500

-1 acima e final

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente e Incidentes:

020 500 180

020 500 150

Contagem de Compressas: ✓

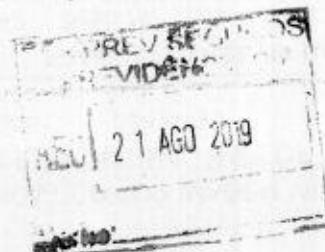
*Operação realizada com segurança*

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

*Assinatura Anestesista*



[INFORMACOES PARA REFERENCIMENTO](#)

## **DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

**3** - O professor que fala é o tutor. Abaixo o nome do professor que fala.

*and the students have made a trip observation to their local - some of the students will*

[View larger image](#) | [Buy now](#) | [View details](#)

*new*

Glenn

在線閱讀：[www.readbook.org](#)

Digitized by srujanika@gmail.com

• [About](#) • [Contact](#) • [Privacy Policy](#) • [Terms & Conditions](#)

Digitized by srujanika@gmail.com

Le 69 ème anniversaire de l'indépendance du Maroc, le 20 juillet 2014, à Rabat.

Digitized by srujanika@gmail.com

20 de outubro de 2015 às 15:58 - PT cedo ou tarde se achar conveniente.

---

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

RECEIVED  
SOCIETY OF  
THE STATE OF NEW YORK

- 31 AGO 2019 -

**Engineering on the Web - Summary**

Assinatura do Cinquentão (Carimbo)

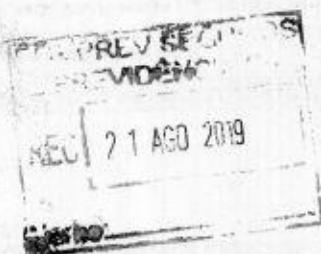
Decinatura do Cinquentão (Continua)

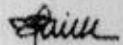
**Qualidade de vida, o diagnóstico que projetamos para você.**

Nome:	GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	Pedido:	53531
Idade:	44	Data do Pedido:	21/02/2019 14:45:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	1914388
Médico Solicitante:	MEDICO PADRAO		

### RX Perna Direita

- Fraturas cominutivas na diáfise proximal da tibia, bem como do platô tibial, em consolidação com placa e parafusos metálicos de aparência habitual.
- Traço de fratura oblíquo na região metaepifisária proximal da fibula, sem desvio significativo dos fragmentos ósseos.
- Há parafuso desconexo a placa na diáfise proximal da tibia.



  
**ELAINE FERNANDES ANDRADE  
TEIXEIRA**  
CRM: 13240

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otoclínica  
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100



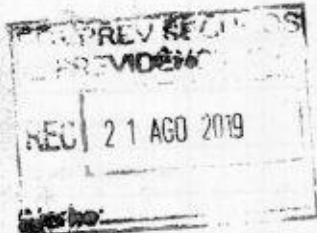
Rua Pedro Gomes da Rocha, 550  
Centro - Caucala - Ceará  
85 3011 1772 - 85 3011 1773 - 997551234

Rua Manoel Castelo Branco, 533  
Messejana - Fortaleza - Ceará  
85 3023 1502 - 98554

Nome:	GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	Pedido:	53531
Idade:	44	Data do Pedido:	21/02/2019 14:45:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	1914388
Médico Solicitante:	MEDICO PADRAO		

### RX PÉ DIREITO

- Redução dos espaços articulares tarso-metatarsais.
- Edema de partes moles na topografia do tornozelo.
- Pequeno foco de calcificação junto ao maléolo lateral (fratura por avulsão? osso acessório?).



*E. Andrade*  
ELAINE FERNANDES ANDRADE  
TEIXEIRA  
CRM: 13240

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otoclinica  
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100



Rua Pedro Gomes da Rocha, 550  
Centro - Caucaia - Ceará  
85 3011.1172 - 85 3011.1171 - 96 36.12.34

Rua Manoel Castelo Branco, 533  
Messejana - Fortaleza - Ceará  
85 3023.1500 - 85 3023.1501

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/09/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Data do cadastramento: 09/09/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

**CPF:** 703.383.703-82

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/12/2018

**Titular do CPF:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA : 703.383.703-82**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

**Documentação recebida sem conferência.**

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019  
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA  
CPF: 703.383.703-82

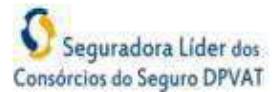
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/08/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Data do cadastramento: 21/08/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190475494**

**Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190475494**

**Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

Em razão da falta de apresentação do(a) Boletim de Primeiro Atendimento Médico , Relatório Médico Com a Evolução da Lesão , Folha Cirúrgica , não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

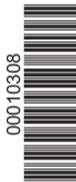
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190475494**

**Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

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.

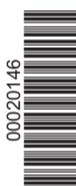
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000713-7

Conta: 0000052537-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000713-7

Conta: 0000052537-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George Williome de Fruito moreira

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

5 - Nome completo:

George Williome de Fruito moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua 311 - Condomínio São Gustavo

9 - Número:

286

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Gonçalves

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

Ce.

14 - CEP:

60.866-360

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0713

CONTA: 52537

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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 (na 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

Sim

Não

29 - Se tem filhos, informar

Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro/vanidão?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Sim

Não

pais/avós vivos?

Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data: Fortaleza - 12/08/2019

George Williome de Fruito moreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

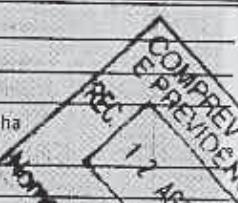
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



TESTEMUNHAS

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  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA  
Impresso nº 2019546527



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 573 - 873 / 2019

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **09/08/2019 09:44:24**  
Data / Hora da Ocorrência: **29/12/2018 10:49:00**  
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 040**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **PINDORETAMA/CE**

Ponto de Referência: **POSTO RIBEIRÃO**

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

Nascimento: **07/02/1975** CPF: **703.383.703-82**

RG: **93006005152**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **HOSANA DE FREITAS MOREIRA**

**FRANCISCO CLEZO MOREIRA**

Endereço: **RUA 311, 286 CASA**

Bairro: **CONJUNTO SAO CRISTOVAO**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **60.866-360**

Telefone: **(85) 3250-8433**

#### Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA PNU-9451, CHASSI 9C2KC2500HR039836, ANO 2017, COR PRETA, MODELO HONDA/CG 160 START EM NOME DE GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, QUANDO O PNEU DA MOTOCICLETA ESTOUROU, PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA indo ao SOLO FRATURANDO A Perna DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA INSTITUTO DR JOSE FROTA; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *George Williame de Freitas Moreira*

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George Williome de Fruito moreira

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

5 - Nome completo:

George Williome de Fruito moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua 311 - Condomínio São Gustavo

9 - Número:

286

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Gonçalves

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.866-360

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0713

CONTA: 52537

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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 (na 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

Sim

Não

29 - Se tem filhos, informar

Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro/vanidê?  Sim

Não

31 - Vítima

Sim

teve irmãos?  Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?  Sim

Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data: Fortaleza - 12/08/2019

George Williome de Fruito moreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

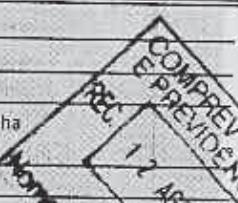
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*



## CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao Sr. **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**, RG n.º 93006005152, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 703.383.703-82, no dia 29/12/2018, às 10h49, no Município de Pindoretama-CE, na Rodovia CE 040, na localidade de Sítio Ema, próximo ao Posto de Ribeirão, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o IJF - Instituto Doutor José Frota. E para constar eu,

Eliete Gomes  
Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por

MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 27 de maio de 2019.

Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ  
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE  
Fone: (85) 3133 7434

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00713-7

CONTA: 000000052537-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2309201905000000000237007130000005253784375 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00713-7

CONTA: 000000052537-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO27082019050000000002370071300000052537168750 PAGO



Nº de Inscrição:

007120990

## DADOS DO CLIENTE

Nome: GEORGE WILIANE DE FREITAS MOREIRA  
 End. Littoral: AV 311 CJ SAO CRISTOVAO, 266, JANGUARUSSU  
 Cidade: FORTALEZA

End. Entrada:

CEP: 60066-360

Cidade:

Local: 001

Setor: 053

Subsetor: 00

Quadra: 0370

Subquadra: 00

Lote: 0069

CEP:

Comp: 0000

## ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumen(m³)	Média Semanal(m³)
ÁGUA	ATAF403035	588	0	12	12

## DATAS

Lectura Atual: 07/06/2019

Entrega: 07/06/2019

Lectura Agua: 2017359

Lectura Anterior: 08/05/2019

Próxima Lectura: 06/07/2019

Lectura Egoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Chloro	Turbidez	COR	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analizadas	548	547	548	545	545
Em conformidade	544	517	361	520	545

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 12 m<sup>3</sup> | META: 10 m<sup>3</sup>.  
 Diga não ao trabalho infantil. DENUNCIE! Disque 100 ou  
 procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência.  
 Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.  
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

## DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	
ÁGUA	50,76		
ESGOTO	23,07		
MULTA DE 2X	1,30	mai/19	11
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,48		0
JUROS/MULTA TARIFA COM	0,10		
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TI-	0,12		
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	12,54		

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,83		VALOR DO SERVIÇO	102,29
COFINS	4,17		MELOR DO SUBSÍDIO	14,92
			LTAR TOTAL A PAGAR	07,37
MES/ANO	06/2019	VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)
		/2019		07,37

Código de barras para pagamento

Banco:

Agência:

Número:

0615075297726 L:0313 H:12:08:37 R:075 P:001

 Centro de Atendimento  
**Cagece**  
 0800 275 0195

**Cagece**  
 Cagece.com.br

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,  
 conforme regras das Agências Reguladoras.  
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACTOAH - Autoridade de Regulação, Fiscalização e  
 Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0400 385 1919, Ceará  
 licenciante ANCRE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do  
 Ceará 0800 275 3836. Ouvidoria estadual: 155, Site da ANCRE: www.ancre.ce.gov.br.  
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de  
 8h às 17h no site: www.cagece.com.br ou na Centralina da Cagece: 3701-1919  
 de 8h às 12h e 13h às 17h.

 Consumidor  
 Direito à sua dignidade

 155  
 Ouvidoria


Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 06/08/2019 13:57:42

Por: EDUARDO MOREIRA

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

DATA/HORA: 29/12/2018 12:10:09

CNS:		NOME: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CPF:		RG: 93006005152	D. NASC: 07/02/1975	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda	Registro: 5596192
NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA		NOME DO PAI: FRANCISCO CLEZO MOREIRA					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: 311		Nº: 286	BAIRRO: SÃO CRISTÓVÃO		CEP:
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 987906190,	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE			
NOME: SAMU CE USB 110 CONDT KELVIN VERAS		PARENTESCO:		IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL			
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	ACIDENTE DE TRABALHO			
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.				ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXAS: pac. vítima de queda de moto com capacete nega desmaio , com trauma em joelho D e tibia e fibula e ombro esq. referindo dor forte , trazido pelo Samu							
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		SINAIS VITAIS:					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
Anamnese: ATENDIMENTO MÉDICO							

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	<i>26/08/2019</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	<i>Exames de complemento</i>	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	



Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuario: 5596192 Nome do Paciente: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA Data de Nascimento: 1975-02-07 00:00:00 Sexo:

Profissional: CARLOS EMANUEL VASCONCELOS Atividade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data Registro: 02/01/2019 11:22:21

Descrição:

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA  
RG 93006005152 / BE: 5596192  
Rua 311 casa 286 ,São Cristóvão , Fortaleza,Ce ,

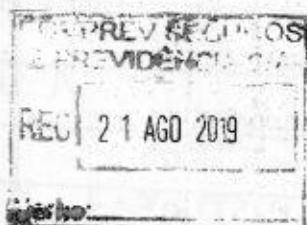
Paciente deu entrada neste hospital dia 29/12/2018 às 12:10h, trazido pelo SAMU com história de queda de moto com fratura de Platô Tibial.

Em virtude do quadro clínico , deverá realizar cirurgia .Inicialmente deverá ficar quinze dias de repouso funcional a contar da data de 29/12/18.Este atestado deverá ser renovado em função da cirurgia.

CID 10 S82.1 Fratura da Extremidade Proximal da Tibia

Data da Impressão: 02/01/2019 11:22:26

CARLOS EMANUEL VASCONCELOS - C.R.M./C.R.O.:  
Carimbo e Assinatura do Médico



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do**  
**Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação,**  
**Avaliação e Controle**  
**CRESUS - Central de Regulação**  
**Estadual do SUS**



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: cleide.castro - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

**Operação:**  
**Acompanhar Solicitação de**  
**Internação**

**VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO**

Siga os passos abaixo:

Seleção de situação  
 Seleção da solicitação  
 Visualização da solicitação  
 Lista de ocorrência  
 Inclusão de ocorrência  
 Visualização de ocorrência  
 Confirmação de cancelamento  
 Registro de transferência  
 Confirmação de transferência  
 Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

**Atalho**  
**Acesso / Desconectar**  
**Operações**

**Identificação do paciente**

**CNS - PACIENTE**

704702748355831 - GEORGE WILIAME DE  
 FREITAS MOREIRA

**NOME DA MÃE**

HOSANA DE FREITAS MOREIRA

**NÚMERO DO PRONTUÁRIO**

5596192

**DATA DE NASCIMENTO - IDADE**

07/02/1975 - 43 anos

**SEXO**

MASCULINO

**NOME DO RESPONSÁVEL**

FAMILIARES

**TELEFONE DO RESPONSÁVEL**

(85) 987908190

**ENDEREÇO**

RUA 311 CJ SAO CRISTOVAO, Nº 286

**BAIRRO**

JANGURUSSU

**ESTADO DE RESIDÊNCIA**

CEARA

**MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**

FORTALEZA

**Plantonista**

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

**MÉDICO**

(85) 32555000

**TELEFONE PARA CONTATO**

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA O  
 HOSPITAL DE APOIO : INSTITUTO PRÁXIS.  
 AGUARDA REMOÇÃO.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

12600100422

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

**Solicitação**

23044021 - FORTALEZA

**NÚMERO**

03/01/2019 - 15:05

**SITUAÇÃO**

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA  
 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE

**CENTRAL DE REGULAÇÃO**

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

**DATA - HORA**

**PROFISSIONAL**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

13 - CIRURGICO -  
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**CLÍNICA**

**CLÍNICA COMPLEMENTAR**

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS  
 INTERNAÇÃO

**CARÁTER DA INTERNAÇÃO**

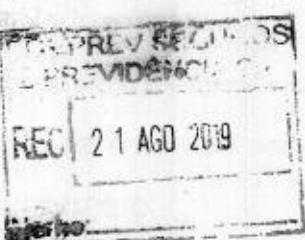
4 - URGÊNCIA

**GRAU DE PRIORIZAÇÃO**

S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia

**Justificativa da internação**

**DIAGNÓSTICO INICIAL**



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.684/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ ADMISSÃO ]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201921000025	03/01/2019	17:07	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG AIH

**URGENCIA**

Origem do Paciente	Clinica/Especialidade
IJF	CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante	Médico Responsável
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO	5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO

Procedimento Solicitado

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL 3 Dias

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]=====

Nome	Sexo		
GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	MASCULINO		
Nascimento Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
07/02/1975 43 Anos	PARDA	CASADO(A)	NÃO INFORMADO
Mãe	Pai		
HOSANA DE FREITAS MOREIRA	FRANCISCO CLEZO MOREIRA		
Conjuge	Responsável	Prontuário	
FRANCISCA MEIRE DO NASCIMENTO MO DELVONNELDY FREIRES FREITAS	2449179		
CNS	Registro	Documento Informado	
704702748355831	201902570000022	RG: 93006005152 Emissão: 07/04/2008	
País	Município de Naturalidade	CEP	
BRASIL	FORTALEZA/CE	60010-000	
Município de Residência	Logradouro		
FORTALEZA/CE	RUA TREZENTO E ONZE		
Número Complemento	Bairro		
286	CONJUNTO SAO CRISTOVAO		
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9879.08190	(85)9881.14358		
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
EMPREGADO FORMAL / VIGILANTE			
Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito		
DELVONNELDY FREIRES FREITAS	207/3		
Tipo de Acomodação	Clinica	Posto de Enfermagem	
ENFERMARIA	CLÍNICA MÉDICA	POSTO DE ENFERMAGEM 01	
Atendente: daiane.mariano	Data: 03/01/2019 Hora: 17:14:24	Tempo: 00:07:07	

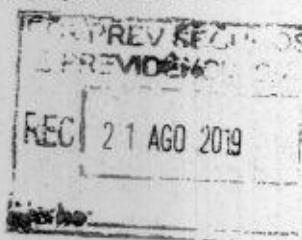
DELVONNELDY FREIRES FREITAS, abaixo assinado, responsável pelo paciente GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 03 de janeiro de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Delvonneldy Freire Freitas



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

T E R M O   D E   L I B E R A Ç Ã O   D E   A L T A

=====[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201921000025 03/01/2019 17:07 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇAO S

Médico Solicitante  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342

Médico Responsável  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342

Procedimento Solicitado  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

=====[ ACOMODAÇÃO ]=====

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clinica	Posto de Enfermagem
207/3	ENFERMARIA	CLÍNICA MÉDICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

=====[ PACIENTE ]=====

Nome	Sexo			
GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	MASCULINO			
Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	Registro
07/02/1975	43 Anos	NÃO INFORMADO	2449179	201902570000022

=====[ DADOS DA ALTA ]=====

Diagnóstico Principal  
5821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Procedimento Realizado  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Hora Motivo  
09/01/2019 14:35 ALTA MELHORADO

=====[ DECLARAÇÃO ]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 09 de janeiro de 2019

REC 21 AGO 2019

Responsável/ *George William Moreira* Nome Legível Assinatura  
Representante Legal

Enfermeira(o) *Karoline Pontes Cavalcante* Nome Legível Assinatura/Carimbo  
Responsável Karoline Pontes Assinatura/Carimbo  
pela Liberação CORENSE 540729-ENF

MS-DATAUS  
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIHP1  
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL  
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 03/2019

DATA: 11/03/2019

Num AIH: 231910154707-0 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2019 Data de Emissão: 03/01/2019  
Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0207 / Leito: 0003  
Doc autorizador: 708505329547275 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clin.: 210158059320008 Doc médico solic: 201591461720008  
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 704702748355631  
Paciente: GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA ✓ Prontuário: 2449179 ✓ Laudo:  
Data Nasc.: 07/02/1975 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 93006005152  
Responsável pac.: GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA Nome da Mae: MOSANA DE FREITAS MOREIRA ✓  
Endereço: TREZENTO E ONZE, 286 - CONJUNTO SAO CRISTOVAO Raça/Cor: PARDA  
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (85)9881.14358  
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO Mudar Proc.? Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE  
Diag. Principal: S822-FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA Causa Obito:

Diag. complementar: Modalidade: HOSPITALAR

Caráter atendimento: 05 OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Data internação: 03/01/2019 Data saída: 09/01/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIHP1:

==[ CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA) ]=====

CNPJ do Empregador: CNAER:

Vínculo com a previdência: CBO:

==[ PROCEDIMENTOS REALIZADOS ]=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/ Odte Cmpt	Descrição
1	04.08.05.050-0	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1 012019 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFI
2	04.08.05.050-0	101084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1 012019 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFI
3	07.02.03.090-2	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1 012019 PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 4,5 MM ESTR
4	04.08.06.019-0	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1 012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO
5	04.08.06.019-0	101084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1 012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO
6	04.08.05.015-2	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800	1 012019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
7	04.08.05.015-2	101084263590001	6 225151	101084263590001	3969800	1 012019 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
8	08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	6 012019 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
9	04.01.01.001-5	201591461720008	0 225270	201591461720008	3969800	5 012019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
10	02.04.06.016-8	3969800	0	3969800	3969800	1 012019 RADIOGRAFIA DE PERNAS

==[ VALORES DA PRÉVIA ]=====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar + Serviço Profissional + + +						
	+ Direto + + +		+ Direto + + +		+ Rateado + + +		Total
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Total
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	162,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	162,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	958,00	0,00	0,00	0,00	406,38	0,00	1.364,38
04.08.06 GERAIS	468,56	0,00	0,00	0,00	137,03	0,00	597,61
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
08.02.01 DIARIAS	48,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,00
Total Geral:	1.864,46	0,00	0,00	0,00	543,41	0,00	2.407,87

==[ DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES ]=====

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 27773 ✓	09.069.959/0001-58				
Número de Nascidos	Número de Saídas				
Vivos: 0 Mortos: 0	Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0				





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle  
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600100422

NÚMERO DA AIH: 2319101547070

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DF JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNSPACIENTE: 704702748355831 - GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 07/02/1975 - 43 anos

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 987908190

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

BAIRRO: JANGURUSSU

ENDEREÇO: RUA 311 CJ SAO CRISTOVAO, Nº 286

UF:

CEP: 60866360

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: 5821 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050551-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156186780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 03/01/2019 - 15:05 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 03/01/2019 - 18:21

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

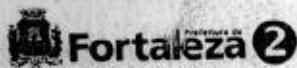
unisusweb.com.br

Página: 1

REC	PREV REG
REC	PREVIDENCIÁRIA
REC	21 AGO 2019
Assinatura:	



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA  
"24 horas de proteção à vida"



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:  
**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

2 - CNES:  
**252914**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

PRONTUÁRIO :  
**5596192**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

8 - DATA NASCIMENTO:  
**07/02/1975**

9 - SEXO  
(M) (F)

10 - RACA/COR

10.1 - ETN

11 - NOME DA MÃE/PAI:  
**HOSANA DE FREITAS MOREIRA**

12 - TELEFONE:  
**986230550**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
**N.I.**

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):  
**311 286 SAO CRISTOVAO**

16 - MUNICIPIO:  
**FORTALEZA**

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:  
**CE**

19 - CEP:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE PLATO TIBIAL**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
**RISCO DE COMPLICACOES E AGRAVOS**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
**ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:  
**FX. PLATO TIBIAL**

24 - CID 10  
**S821**

25 - CID10 SECUNDARIO:

*Dr. Gercinim Gomes de Lima*  
**OFATALMOSIS**  
**CRM 3130 - CE 914**

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
**TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE PLATO TIBIAL**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  
**0408050551**

29 - CLÍNICA:  
**TRAUMA**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:  
**EMERGENCIA**

31 - DOCUMENTO:  
( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:  
**03/01/2019**

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR)

### PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO-HOSPITAL

48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

( ) CNES ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

/ /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

*PPR PREV SEI PREV DIA*  
**REC 21 AGO 2019**

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 07 / 01 / 19

Nome do paciente: George William de Freitas Moreira

Nº Prontuário: 299179

Clinica: Cirúrgica

Cirurgião: Dr. Cláudio

Anestesista: Dr. Paulo

Tipo de Anestesia: Náusea

1 Auxiliar:

2 Auxiliar:

3 Auxiliar:

Instrumentadora: Rodrigo

Circulante: Natália

Diagnóstico Pré-Operatório: Fractura Plataforma + Osteosíntese

Tipo de Operação/ Código:

020 AF 150 500

-1 acima e final

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente e Incidentes:

020 500 180

020 500 150

Contagem de Compressas: ✓

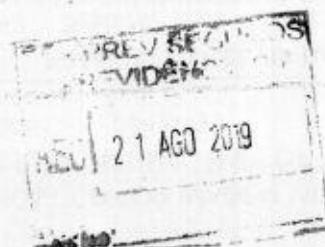
*Operação realizada com sucesso*

	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
	Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo	

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

*Assinatura Anestesista*



## INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA:

**DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**

REPRODUZIDA  
SOLO  
COM AUTORIZAÇÃO  
DO LIDER

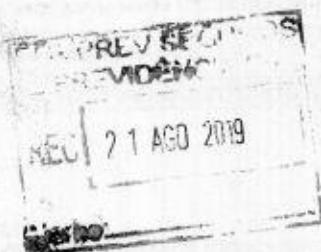
21 AGO 2019

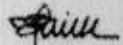
**Qualidade de vida, o diagnóstico que projetamos para você.**

Nome:	GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	Pedido:	53531
Idade:	44	Data do Pedido:	21/02/2019 14:45:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	1914388
Médico Solicitante:	MEDICO PADRAO		

### RX Perna Direita

- Fraturas cominutivas na diáfise proximal da tibia, bem como do platô tibial, em consolidação com placa e parafusos metálicos de aparência habitual.
- Traço de fratura oblíquo na região metaepifisária proximal da fibula, sem desvio significativo dos fragmentos ósseos.
- Há parafuso desconexo a placa na diáfise proximal da tibia.



  
**ELAINE FERNANDES ANDRADE  
TEIXEIRA**  
CRM: 13240

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otológico  
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100



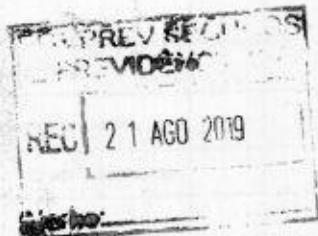
Rua Pedro Gomes da Rocha, 550  
Centro - Caucala - Ceará  
85 3015 1772 - 85 3017 1773 - 99 955 1214

Rua Manoel Castelo Branco, 533  
Messejana - Fortaleza - Ceará  
85 3023 1502 - 98551

Nome:	GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA	Pedido:	53531
Idade:	44	Data do Pedido:	21/02/2019 14:45:00
Convênio:	PARTICULAR	Atendimento:	1914388
Médico Solicitante:	MEDICO PADRAO		

### RX PÉ DIREITO

- Redução dos espaços articulares tarso-metatarsais.
- Edema de partes moles na topografia do tornozelo.
- Pequeno foco de calcificação junto ao maléolo lateral (fratura por avulsão? osso acessório?).



ELAINE FERNANDES ANDRADE  
TEIXEIRA  
CRM: 13240

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otoclínica  
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100



Rua Pedro Gomes da Rocha, 550  
Centro - Caucaia - Ceará  
85 3011.1172 - 85 1111.7711.96 36.12.04

Rua Manoel Castelo Branco, 533  
Messejana - Fortaleza - Ceará  
85 3023.1500 - 85 3023.1501



**Facivida**  
FUNDACAO DE ASSISTENCIA A CIDADANIA E A VIDA

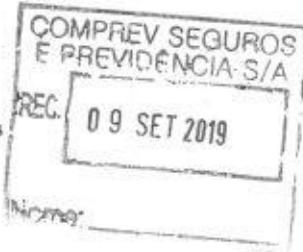
PI George William de Farias Moreira

Atestado Médico

Atestado para os devidos fins que o paciente supraassentado  
foi vítima de acidente de moto em 29.12.19, sofrendo  
Fratura de Plateo tibial direito, realizou osteossíntese  
cirúrgica com fixações de placa e parafusos. Encontra-se  
de alta médica com sequelas do agravo de dor em  
joelho direito, dificuldade de pisar, redução da amplitude  
de giro do joelho direito e dos movimentos de extensão  
e flexão do pé direito, edema residual da tibia direita.

CID < 582.14

Luciano Araújo Vasconcelos  
Médico  
CRM 10985



06.09.19



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO. RENAVAM — RNFRC. — EXERCÍCIO:  
PPT Q1 1115327264 00000000 PC19

GEORGE WILLIANE DE FREITAS MOREIRA	NOME
Ribeirão das Neves - MG	RESIDÊNCIA
FORTALEZA / CE	CEP/CNPJ
70338370392	PLACA
/CE	PLACA ANO/UF
7G2KC250QHR039836	CHASSI
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	CATEGORIA
HONDA CG 160 SIART	ANO FAB.
2P/OCV/16200	ANO MCR.
CATEGORIA	COMPROVANTE
PARTIC	PRETAS
COTA UNICA	VELOC COTA UNICA
P	VEIC COTAS
V	FAKA IPIVA
A	PARCELAMENTO COTAS
PRÉMIO TAREFARO (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
60,11	107,52
DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
02/2016	02/2016
CONTRAR	CONTRAR

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

CE Nº 014732996643 BILHETE DE SEGURO DPVAT

79308370382

PNU9451/CE

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

[WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR](http://WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR)

SAC DPVAT 0800 022 1204

014732996643

88004061570

PNU9451/CE

2015 27/03/2019

PLACA

70338370382

PNU9451

PLACA

70338370382

PNU9451

PLACA

70338370382

PNU9451

PLACA

70338370382

PNU9451

PRÉMIO TARIFÁRIO

DETRAN

CONTRAR

DATA  
27/02/2019

CHPJ 08.201500035985

OD 084

DATA  
27/02/2019

**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: 3190475494

Nome do(a) Examinado(a): George Wiliame de Freitas Moreira

Endereço do(a) Examinado(a): R Trezentos e Onze, 286 Cj Sao Cristovao  
Jangurussu Fortaleza CE CEP: 60866-360

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 93006005152

Data local do acidente: [ 29/12/2018 ]

Data local do exame: [ 12/09/2019 ] FORTALEZA [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA PROXIMAS DIREITAS**

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

**Tratamento: OSTEOSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA TÍBIA. FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM**

**Data da Alta: 06/09/2019**

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

**LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 60º COM CREPITAÇÃO E EDEMA RESIDUAL ++/4+.**

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

Sim       Não

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

Sim       Não

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

**SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO PELA PERDA PARCIAL DA 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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

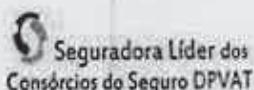
**Dr. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

GEORGE WILIAME DE  
FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

**GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA : 703.383.703-82**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/08/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA  
CPF: 703.383.703-82

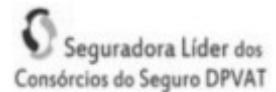
Data do cadastramento: 12/08/2019

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/08/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Data do cadastramento: 21/08/2019

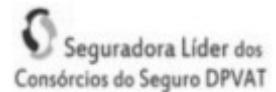
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Número do Sinistro: 3190475494

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/09/2019

Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Data do cadastramento: 09/09/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA.

**Descrição do exame físico:** BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E CREPITAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).  
REALIZOU FISIOTERAPIA.  
RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/09/2019.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/09/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

**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 joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA.

**Descrição do exame físico:** BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E CREPITAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).  
REALIZOU FISIOTERAPIA.  
RECEBEU ALTA MÉDICA EM 06/09/2019.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/09/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

## 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190475494      **Cidade:** Pindoretama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA      **Data do acidente:** 29/12/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P8 E 9).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA 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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PROCURAÇÃO

Outorgante GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Estado Civil Solteiro Profissão ESP. DE QUALIFACAO  
Residente Rua: ITAPOA, 1395 Bairro PANINOCHE  
Municipio FORROZECAS UF CE Nascido 16/07/88 CPF 019.671.643-22  
RG 2004009066881 Emissor SSP Em 10/07/2009

**Outorgado** Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral , 676- Parque Santa Rosa, Municipio de fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com . Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a)  
Sr,(a) Gilson Nascimento da Silva  
Ocorrido em 21/08/2019

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, copias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e sguradora lider, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transitoe praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel comprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de uma advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG,danos corporais,RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista,seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras

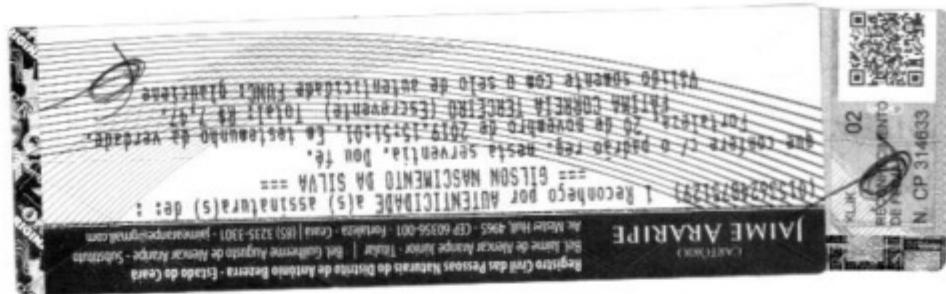
ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDl,ZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

**O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada:  
Boletim de Ocorrencia, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros**

Forrozeas - CE, 26, DE Novembro, 2019

X Gilson Nascimento da Silva





de acordo com a sua condição.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

**Número do Sinistro:** 3190667163

**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**CPF:** 019.692.643-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/08/2019

**Titular do CPF:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

**Número do Sinistro:** 3190667163

**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**CPF:** 019.692.643-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/08/2019

**Titular do CPF:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

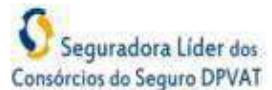
## ATENÇÃO

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

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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**CPF:** 019.692.643-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/08/2019

**Titular do CPF:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

### GILSON NASCIMENTO DA SILVA : 019.692.643-22

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019  
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ  
CPF: 048.217.413-77

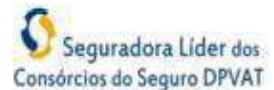
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

**Número do Sinistro:** 3190667163

**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**CPF:** 019.692.643-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/08/2019

**Titular do CPF:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

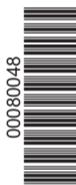
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000001563**

**Conta: 0000077648-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

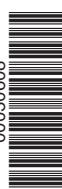
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="Olison Nascimento da Silva"/>	6 - CPF: <input type="text" value="019.692.643-22"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="Estudante"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="RUA: ITAPORÁ 1395"/>	9 - Número: <input type="text" value="1395"/>	10 - Complemento: <input type="text" value=""/>
11 - Bairro: <input type="text" value="CANINÓPOLIS"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="FORTEALEZA"/>	13 - Estado: <input type="text" value="CE"/>	14 - CEP: <input type="text" value="60732-150"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="HC527310@gmail.com"/>	16 - Tel (DDD): <input type="text" value="(85) 98529-6730"/>		

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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE RS5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> AGÊNCIA: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA: _____
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text" value="1563"/>	CONTA: <input type="text" value="77648"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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  
Impressão  
digital da  
víctima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

40 - Local e Data:

X Gilson Nascimento da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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 DO 28. DISTRITO POLICIAL  
Impresso n° 2019714980



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 128 - 920 / 2019

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 08/10/2019 11:15:56  
Data / Hora da Ocorrência: 21/08/2019 21:21:00  
Endereço da Ocorrência: ROD RAIMUNDO PESSOA DE ARAÚJO, MUCUNÁ - MARACANAÚ/CE  
Ponto de Referência:

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Nascimento: 16/07/1988 CPF:  
RG: 2004009066881 Orgão Emissor: SSP UF:  
Filiação: MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA  
GERALDO PAULA DA SILVA  
Endereço: RUA PADRE ITAPUA, 1395  
Bairro: SIQUEIRA  
Município: FORTALEZA/CE CEP:  
País: BRASIL Telefone: 8753-4117

#### Histórico

QUE NO DIA E HORA ACIMA INDICADOS ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, DE PLACAS NUR8400/CE, DE SUA PROPRIEDADE, SE DIRIGINDO PARA A RODOVIA CE 065 COM INTUITO DE IR PARA FORTALEZA; QUE NO ENTANTO AO TENTAR DESVIAR DE UM CACHORRO, VEIO A "DERRAPAR" E A MOTO CAIU LEVANDO O ORA DECLARANTE AO SOLO; QUE CAINDO NO CHÃO E PERCEBENDO QUE HAVIA SE LESIONADO LIGOU PARA SEU IRMÃO GILLIARD NASCIMENTO DA SILVA (CPF 011.413.583-52); QUE SEU REFERIDO IRMÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE PARA LHE SOCORRER E EM RAZÃO DO SEU IRMÃO E NAMORADA ANA CRISTINA PEREIRA DE SOUSA (CPF 063.399.013-28) TEREM VINDO AO LOCAL PREFERIU NÃO CHAMAR AMBULÂNCIA, DE FORMA QUE OS MESMOS OS LEVARAM AO HOSPITAL ANA LIMA EM MARACANAÚ; QUE AO CHEGAR AO HOSPITAL FICOU FEZ RAIO X NO BRAÇO, JOELHO E PÉ E NO DIA SEGUINTE VOLTOU AO MESMO HOSPITAL PARA SER ATENDIDO POR UM TRAUMATOLOGISTA, MOMENTO EM QUE SE CONSTATOU FRATURA NO SEU PUNHO DIREITO; QUE NO PRESENTE MOMENTO AINDA SE ENCONTRA EM RECUPERAÇÃO DO REFERIDO ACIDENTE, JÁ TENDO REALIZADO CIRURGIA E AINDA PRECISANDO FAZER FISIOTERAPIA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Aline Chala de Souza Aguiar - MAT.:  
ALINE CHALA DE SOUSA AGUIAR - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Gelson das Cunha Costa da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): [Assinatura]

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 08/10/2019 11:34:04

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/10/2019 11:34:04



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL  
Impresso n° 2019714980



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 128 - 920 / 2019

CARINA DE FREITAS SOARES - MAT.: 30119762

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  019.692.643-22 4 - Nome completo da vítima:  Olson Nascimento da Silva

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> Olson Nascimento da Silva	6 - CPF: <input type="text"/> 019.692.643-22		
7 - Profissão: <input type="text"/> Estudante	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua: ITAPORÁ 1395	9 - Número: <input type="text"/> 1395	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> CANINÓPOLIS	12 - Cidade: <input type="text"/> FORTEALEZA	13 - Estado: <input type="text"/> CE	14 - CEP: <input type="text"/> 60732-150
15 - E-mail: <input type="text"/> HC527310@gmail.com		16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> (85) 98529-6730	

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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Agência: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Conta: _____
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> 1563	CONTA: <input type="text"/> 77648
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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:  Sim  Não 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  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressiono digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data: Fortaleza - CE 26/11/19

X Gilson Nascimento da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="Olison Nascimento da Silva"/>	6 - CPF: <input type="text" value="019.692.643-22"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="Estudante"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="RUA: ITAPIORA 1395"/>	9 - Número: <input type="text" value="1395"/>	10 - Complemento: <input type="text" value=""/>
11 - Bairro: <input type="text" value="CANINÓPOLIS"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="FORTEALEZA"/>	13 - Estado: <input type="text" value="CE"/>	14 - CEP: <input type="text" value="60732-150"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="HC527310@gmail.com"/>	16 - Tel (DDD): <input type="text" value="(85) 98529-6730"/>		

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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Agência: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Conta: _____
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text" value="1563"/>	CONTA: <input type="text" value="77648"/>
<input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)	<input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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  Sim  Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não nasceu (vai nascer)? 31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Impressionante de quem é a vítima ou beneficiário que assina o formulário

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

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

019.692.64322

4 - Nome completo da vítima:

Olson Nascimento da Silva

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

5 - Nome completo:

Olson Nascimento da Silva

6 - CPF:

019.692.64322

7 - Profissão:

Se. de Ambros

8 - Endereço:

RUA - ITAPOA , 1395

9 - Número:

1395

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ANINDEZINHO

12 - Cidade:

FORTEALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60732-150

15 - E-mail:

HC527310 @ gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(85) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 77648

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não teve filhos?

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

X Olson Nascimento da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Posto:

Atendimento: 61475940

Prontuário: 11762736

21/08/2019 21:28

Leito: /

Profissional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]

Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21

## ANAMNESE

## Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS DE CAPACETE. ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME [1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE  
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADASHD  
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURACD  
ANALGESIA  
RADIOGRAFIA

## Queixa Principal

## Diagnóstico Inicial

43 DOR  
MUSCULOESQUELÉTIC  
A [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [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 CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 00000077648-0

---

Nr. da Autenticação 8B2673C2B321E30A



#### **IMPORTANT**

Caso haja alguma dúvida sobre o que é ou não preconceito (não relativo) contra os surdos ou surdeza, é só perguntar. A gente produz o seu roteiro e a sua história da forma que preferir. E se acreditam que é só isso, é só dizerem que é só isso. Eles só querem ser respeitados, respeitados, respeitados.

## DEVOLUÇÃO DA CONTA

**Senhor Entregador:** assinale com "X" o motivo da devolução deste correio

- |                          |                       |                          |                          |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Casa fechada          | <input type="checkbox"/> | Recusou-se a receber     |
| <input type="checkbox"/> | Endereço Insuficiente | <input type="checkbox"/> | Não existe o nº indicado |

6

10 of 10

1000

Mastrić et al.

PROBLEMA. *¿Cuál es la probabilidad de que en un grupo de 23 personas al menos dos tengan el mismo cumpleaños?*

• 18 •

DÉBITO AUTOMÁTICO

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta-corrente.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos Órgãos de Proteção ao Crédito, Cartões de crédito de Títulos e a Suspensão do Fornecimento de Energia Elétrica.

ATURA PACA. NAO RECEBER

102

१६८

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

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

GILSON NASCIMENTO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.692.643 / 22,

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima GILSON NASCIMENTO DA SILVA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.692.643 / 22, 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		Número: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60.762-775
E-mail: RC527310@GMAIL.COM			Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 25 DE NOVEMBRO DE 2019

X Alexandre Barbosa da Cruz  
Assinatura do Declarante

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasco: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]		Nº: 43101937	21/08/2019 às 21:21

## ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE, ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME	[1]
	DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS	
	HD TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA	
	CD ANALGESIA RADIOGRAFIA	

Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		

CONFERE CI PRONTUÁRIO  
S. Souza  
 Assinatura

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

### **REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)**

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA

  
Ana Pina  
Coordenadora de Relacionamento  
com Canais de Atendimento

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

### **REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)**

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA

  
Ana Pina  
Coordenadora de Relacionamento  
com Canais de Atendimento



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

RECEITUÁRIO

After rare  
in John Gibson  
Divide by the first so-  
Nestipung committee  
Inv. ref. up Cypres  
X Escaped 21/08/2019 Sub-  
DT run & referent in-  
mit. see 1  
proj. 6 em. by  
fix kept in meadow con-  
ph de Timoreto do pink  
Ref. Serendib  
Date 50% Ref. Serendib  
keep + write down  
Member 1 eye  
do not use up 20/11/19

~~Dr. João Batista Gomes da Silva  
Médico - CRM-0155  
CPF: 228.776.923-91~~

Fortaleza, 20/11/19

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Professional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21		

## ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE. ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME	[1]
	DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS	
	HD TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA	
	CD ANALGESIA RADIOGRAFIA	

## Queixa Principal

Diagnóstico Inicial	43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA	[1]
---------------------	------------------------------	-----

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

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

## DIAGNÓSTICO

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

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

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Glauher  
Assinatura

Q

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

TOMOGRAFIA - HAL

Nº Pedido: 32576647

Data 22/08/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento 16/07/1988 Sexo M RG 2004009066881 SSP CE CPF 01969264322

Endereço R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel 987534117

Convenio HAPVIDA

Matrícula 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) GUILHERME DE CASTRO

Queixa Principal:

DORES

Exame:

TC DO PUNHO DIREITO

!`R^KV

6147594051

TECNICA

Exame realizado em projeção axial e coronal com cortes de 2,0 mm de espessura sem administração de contraste

Analise

Fratura cominutiva do escafoide com deslocamento palmar do maior fragmento

Subluxação palmar do semilunar

Demais estruturas osseas de morfologia e textura normais

Demais espaços articulares de amplitude conservada

Edema das partes moles junto ao sítio de fratura

\* Exame documentado em CD

RAIMUNDO NOBERTO DE LIMA NETO CRM 11966-CE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

Nº Pedido: 33057310

Data 19/09/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento.: 16/07/1988 Sexo: M RG.: 2004009066881 SSP CE CPF.: 01969264322

Endereço...: R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel.: 987534117

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula.: 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) IGOR RABELO DE SALE

CFNTRIO CIRURGICO

Queixa Principal:

INTERNACAO

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIGUAS DIREITO

!a1IWE

RELATÓRIO:

6214385231

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

Demais aspectos inalterados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

*Cosmo013*

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

19.00.2019  
SERIE 17  
MAGNA 172



LOOSELETS

Q. 20%

↑ ↓ ← → POR 14:98  
PT182 25/11/2019



?

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

:22.25.9

SÉRIE: 1/3  
IMAGEM: 1/1

DATA DO EXAME: 12/11/2019

HOSPITAL ANA LIMA  
SÉRIE: 2/3  
IMAGEM: 1/1

HOSPITAL ANA LIMA  
SÉRIE: 3/3  
IMAGEM: 1/1

HOSPITAL ANA LIMA  
SÉRIE: 4/3  
IMAGEM: 1/1

a

c

b



POR 12.54  
DATA: 23/11/2019

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA	Lelto: 824206/15	
Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº 43104595	21/08/2019	às 22:46

## ANAMNESE

## Queixa Principal

PACIENTE RETORNA COM MELHORA DE DOR APÓS ANALGESIA

[1]

DEIXA-ME DÚVIDA AO ANALISAR, EM RADIOGRAFIA,  
POSSIBILIDADE DE FRATURA EM OSSOS DO CARPO DIREITO  
ASSIM, ORIENTO PROCURAR ATENDIMENTO NESTA UNIDADE COM  
TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃ

CD:

ANALGESIA

ATESTADO MÉDICO 3 DIAS

PROCURAR ATENDIMENTO COM TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃ

## Queixa Principal

## Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO  
AGRUPADOS>

[1]

## CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO  
ESPECIFICADOS

[1]

99

[1]

## DIAGNÓSTICO

## CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO  
ESPECIFICADOS

[1]

## CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO  
ESPECIFICADOS

[1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO  
*Gláuber Melo*  
 Assinatura

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61475940

Prontuário: 11762736

Posto:

Leito: /

Profissional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]

Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21

## ANAMNESE

## Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE. ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME

[1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE  
ESCORIAS EM REGIÕES SUPRACITADASHD  
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURACD  
ANALGESIA  
RADIOGRAFIA

## Queixa Principal

## Diagnóstico Inicial

43 DOR  
MUSCULOESQUELÉTIC  
A

[1]

## CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

## Alergias

Não

[1]

## Medicação Em Uso

Não

[1]

## Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

## DIAGNÓSTICO

## CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

## CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Glauher Correia Meio

Assinatura

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
61502878



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

22/08/2019 22 03 26

Prontuário	Nome do Paciente			Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA			M	16/07/1988	31
RG	CPF	Carteira Profissional			Estado Civil	
2004009066881 SSP CE	1969264322				2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732150						
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe				
987534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA				

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116300- RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/08/2019	19:57		
Médico Atendente	Clínica		
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA	5 PQA (CENTRO CIRURGICO)		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA		
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
50339000095000014			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação			Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01			03
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição	
41946003	99996666	D25824578	INTERNACAO	
41946003	30721180	D25824578	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENTA	

## NOTA DE SALA

473550

Atendimento:	61502878	Prontuário:	11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s) :	30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INC			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Tipo Anestesia:	SEDACAO
Equipe Médica:	CIRURGIAO		1776126	BRUNO MOTA ALBUQUERQUE	CRM 11736
	ANESTESISTA		3927954	EUZIANE LOPES SILVA	CRM 171012
	CIRCULANTE		3132870	KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS	COREN 875867
	INSTRUMENTADORA		1408321	ANA PAULA GOMES	COREN 544404

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
<b>Materiais Médico-Hospitalares</b>					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	2	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	120105	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ AMPL 20ML AMPL 20 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	43290	RINGER CILACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
51055	ALGODAO ÓRTOPEDICO (ATAD 10CM) ROLO 1 UD	2	43800	SORO FISIOLOGICO 0 9% 500 ML TUBO 500 ML	2
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5			
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3			
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	2			
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 130X1.60 - 1 UD	2			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135866	CLOREXEDINA 0 5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250	19	<b>Gases / Aparelhos</b>	
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	20	TAXA DE SALA	Inicio 21 50 Fim 22 30
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERL C/5 UD - 1 UD	4	06	OXIGENIO	Inicio 21 50 Fim 22 30
134084	EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 UD	1	22	MONITORIZAÇÃO	Inicio 21 50 Fim 22 30
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	60		OXIMETRO DE PULSO	Inicio 21 50 Fim 22 30
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINO - 1 UD	1			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	2			
30660	LUVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	2			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	2			
30724	MAIHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	120			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLO CAMADA C/10 PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50			
50849	PROPESS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
50681	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

# FICHA DE ANESTESIA



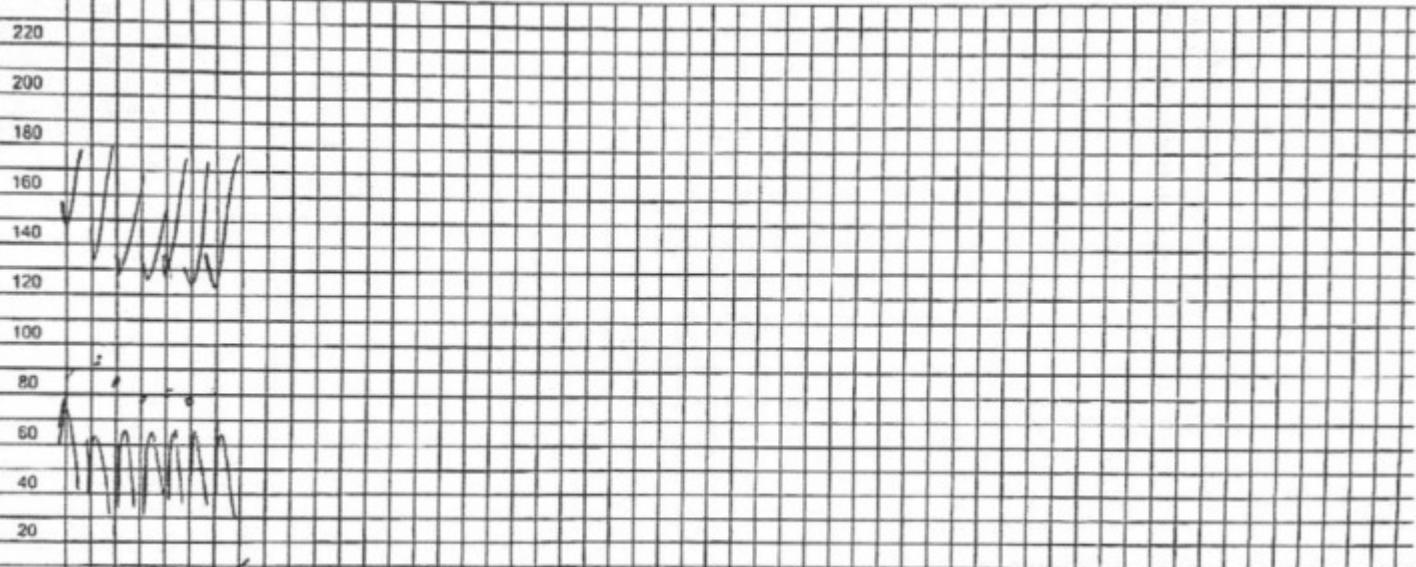
**ANTONIO  
PRUDENTE**

Name:	Gilson NASCIMENTO DA SILVA	Data:	22/08/13
Idade:	31	Peso:	73kg
Prontuário:	11762736	Convênio:	HAPVIDA
Diagnóstico:	FISTULA DE PULSO DIREITO	Anestesia:	SEDAÇÃO
Cirúrgia:	RECONSTRUÇÃO DIREITO	Dr. Anestesiologista:	DR. GILSON VITOLA
Cirurgião:	DR. GILSON VITOLA	ASA:	I

A	Hora	00	23.00
G	O <sub>2</sub>		
E	N <sub>2</sub> O		
N	Ar		
T	FAT	100mmHg	
E	CET	20mg	
S	Paco	7-7	

LÍQUIDOS

CARDIOSÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O <sub>2</sub>	97	100%	100%	
ETC O <sub>2</sub>				
PVC				



DROGAS		EVENTO	
1	FENTANIL 800ug	A	Ulc. Tumoral + Cefek-45
2	CETAMINA 200mg	B	Scopan
3	Propofol 100mg	C	
4	Diclofenac 50mg	D	
5	NALD. DUR 200mg	E	
6		F	
7		G	
8		H	
9		I	
10		J	

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação	Oro	Naso	Sonda:
LÍQUIDO	500ml							

Condição final op: PGG, EUPLEN, essencial.

Intercorrências per. op: Cracimissos p/ RPA.

Ass. Anestesiista - CRM

Euziane Lopes Silva  
Anestesiologista  
CRM-CE 20290

FICHA DE ANESTESIA REF: 74411

## BOLETIM DE CIRURGIA

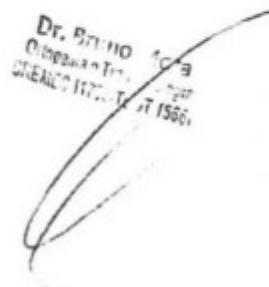
Pagina

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	
Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]	Nº: 43154003	22/08/2019	às 22:46

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Clínico	S630
Diagnóstico Cirúrgico	S630
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	22/08/2019
Hora Da Cirurgia	22:46
Cirurgia	redução Incruenta do punho
Cirurgião	bruno mota
Descrição Cirúrgica	paciente em ddh sob sedação realizado redução Incruenta do punho checado sob intensificador de imagens tala axilo aplimar a rpa
Códigos Dos Procedimentos	30721180



Dr. Bruno Mota  
Operador Técnico  
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR  
CRM 11736 [1]

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61502878 Prontuário: 11762736  
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/3  
 Profissional(is): KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 43152912 22/08/2019 às 22:05  
 COREN 675867 [1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	
Identificação Do Paciente	SIM.
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	NÃO SE APLICA.
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO SE APLICA.
Via Aérea Difícil	NÃO.
Confirmação De Vaga Em Util	NÃO SE APLICA.
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	SIM
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.
Lateralidade Do Procedimento	Direita
Paciente Certo	SIM.
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.
Procedimento	SIM.
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS	
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	NÃO
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO	
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019:

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NÃO SE APLICA	[1]
Preenchimento De Gulas E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	DORSAL	[1]

Dr. Bruno Mota  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SC 11733 / CRD 15667

## PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Pagina 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Lelto: 133410/3	
Profissional(is): BRUNO MOTTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]	Nº: 43153944	22/08/2019	às 22:44

## IDENTIFICAÇÃO

Nome	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Sexo	Masculino	[1]
Idade	31 A 1 M	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nº Atendimento	61502878	[1]

## DADOS DO PACIENTE

## MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
----------------	-----------------------	-----

## COMORBIDADES

## GRAU DE INDEPENDÊNCIA

## IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

## OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	redução incruenta do corpo	[1]
-----------	----------------------------	-----

## OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

## ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	1 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Plano de Tratamento  
CENTEC 11/2019 171561  
[Signature]

ANTONIO  
PRUDENTE

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 23/10/18/19

Nº PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: GUILHERME NUNCIAMENTO DOS SILVOS DATA NASC: 16/10/88 IDADE: \_\_\_\_\_

CIRURGIA REALIZADA: Ressecção de meningoma CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

HORA DA ENTRADA NA RPA: 02:30

HORA	P.A (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (rpm)	TEMPERATURA (°C)	GLICEMIA (mg/dL)	SPO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
22:30	152x76	35bpm	14 rpm	34,5°C	—	100%	0	Atenuado 1267812
22:45	153x74	36bpm	19 rpm	34,6°C	—	100%	0	Atenuado 1267812
23:00	153x73	37bpm	19 rpm	34,6°C	—	100%	0	Atenuado 1267812
23:15	155x74	93bpm	18 rpm	34,8°C	—	100%	0	Atenuado 1267812
23:30	143x68	90bpm	18 rpm	35,2°C	—	99%	0	Atenuado 1267812
00:00	140x69	80bpm	18 rpm	35,4°C	—	99%	0	Atenuado 1267812
00:30	135x78	100bpm	18 rpm	35,6°C	—	99%	0	Atenuado 1267812
				35,9°C	—	100%	0	Atenuado 1267812

## ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Movimenta os quatro membros	2
Movimenta dois membros	1
E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
E capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1
Tem apneia	0

INDICE DE ALDRETE E KROULIK	HORA	CONSEQUÊNCIA	23:56
ATIVIDADE	2	—	—
RESPIRAÇÃO	2	—	—
CIRCULAÇÃO	2	—	—
SPO2	2	—	—
TOTAL	10	—	—

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Funcional liberado da RPA em 3:56, europaica, consciente, Nemo di nuanca, membro fixado	HORARIO DA ALTA DA RPA: 01:15
Consciência	0
Desperga se solicitado	2
Não responde	1
E capaz de manter saturação de O2 maior que 92%	0
respirando em ambiente	2
Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1
Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com O2	0
Suplementação de oxigênio	0

Sob eutanásia voluntária

Família: Família Costa de Carvalho  
Paciente: Antonio Prudente  
Data: 23/10/18  
Assinatura: [Signature]MÉDICO(A): [Signature]  
CRM: 12345678  
CRM-SC: 12345678  
CRM-RJ: 12345678ENFERMEIRO(A): [Signature]  
CRM: 12345678  
CRM-SC: 12345678  
CRM-RJ: 12345678



(Preencher quando não houver exigüa)  
Nome completo (paciente) Gilber nozimento  
CPF  Data de Nasc. / /  
Médico \_\_\_\_\_  
CRM \_\_\_\_\_

Faz bem pra você

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual seréi submetido(na) nesta Instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta Instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Scoplo ou Genital a seguinte alternativa anestésica

Declaro ainda que:

- 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 anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- 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.
- 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.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista 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).
- 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

Confirme que li/e a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, comprehendo 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 Agosto de 20 13

Hora: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: Jana Cristina

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme 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.

Euziane Lopes Silva  
CRM: 10290  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome legível, CRM e visto com selo/cármbio com CRM e visto

## FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
73kg	170cm					Sólidos _____ Líquidos _____	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/PROCEDIMENTO	(a) (b) (c) (d) (e)
-----------------------	---------------------

AVALIAÇÃO CLÍNICA		Exame Físico	
Cardio-circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Câncer	<input type="checkbox"/> Negativo
Tolerância ao exercício	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Valvulopatia	Outras _____	
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Arritmia		
<input type="checkbox"/> Coronaropatia	<input type="checkbox"/> Angioplastia		
<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> DVP		
<input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca	<input type="checkbox"/> AAA		
Outras _____			
Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Infeccioso	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Apneia do sono	<input type="checkbox"/> Asma	HIV	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> IVAS recente	<input type="checkbox"/> Tuberculose	Outras _____	
<input type="checkbox"/> Expectoração	<input type="checkbox"/> DPOC		
Outras _____			
Gastrointestinal/hepático	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Gravidez	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico	<input type="checkbox"/> Gastrite	Idade gestacional _____ semanas	
<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Hepatite	Crianças abalho de 1 ano	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Vômito/ diarréia	<input type="checkbox"/> Ictericia	Condições de Nascimento	
<input type="checkbox"/> Hernia de hiato	<input type="checkbox"/> Cirrose	Internação	<input type="checkbox"/> Alta com a mãe
<input type="checkbox"/> Obst. Intestinal		<input type="checkbox"/> Termo	
Outras _____		<input type="checkbox"/> Pré-termo	
Neuroológico	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Idade gestacional _____ semanas	
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> AVC	Idade pós-conceptual _____ semanas	
<input type="checkbox"/> Dorsmência/ fraqueza	<input type="checkbox"/> Cefaléia	(Idade gest.+idade atul)	
<input type="checkbox"/> Lesão medular	<input type="checkbox"/> PIC		
Outras _____			
Renal	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Hábitos Sociais	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Diálise	Tabaco _____	<input type="checkbox"/> Cigarros/dia
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal		Alcool _____	<input type="checkbox"/> Drogas
Outras _____		Outras _____	
Hematológico	<input type="checkbox"/> Negativo	Alergias	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Transfusão prévia	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	Type/Agente	Reação
<input type="checkbox"/> Plaquetopenia	<input type="checkbox"/> Anemia	NEGA	
Outras _____			
Músculo esquelético	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo		
<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> Artrite		
<input type="checkbox"/> Musculodistrofia			
Outras _____			
Endócrino	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Patologia da tireoide		Histórico familiar - problemas com anestesia	<input type="checkbox"/> Não
Outras _____		<input type="checkbox"/> Sim	
Comentários sobre os achados			
ZCG normal			

Preencher quando não houver eliquera

Paciente: Gilson Mousinho 31  
Passagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_

(a) (b) (c) (d) (e)

Hb 160 Ht 55% Plaquetas 320000 Na 142

K 3.7 Glicose 111 mg/dl

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

NEGA

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente		
Nome do paciente	Gelson Nascimento da Silva		
Data de nascimento	16/07/1988		
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Ana Cristina (Cunha)		
Procedimento a ser realizado	Fractura de Pente		

Gelson Nascimento da Silva  
16/07/1988  
Ana Cristina (Cunha)  
Fractura de Pente

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

Perguntas	Sim	Não	Outros	
Fez jejum?	X		Ihug em 07:00hrs	
Possui alergia a medicação?	X			
Faz uso de alguma medicação?	X			
Problemas cardíacos?	X			
Tem diabetes?	X			
Hipertensão Arterial?	X			
Adornos/próteses	X			
Cirurgias anteriores	X			
Identificação com pulseira	X		MSG	

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

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

Não se aplica

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

3. Termos:

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

Local e data: FORTALEZA 22/03/19 Horário: 07:55

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Adriana Cristina Pereira de Souza

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Adriana Eufrásio das Chagas

COREN-CE 1267812 - TE

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 20:04

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404505	22/08/2019 às 20:01	
Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	Enfermeiro(a):	VIVIANE MARA COSTA VIANA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1]			

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

## TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Melhorado:	[1] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Melhorado:	[1] OK
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Melhorado:	[1] OK

## 3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Melhorado:
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A	

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS  
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Melhorado:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Melhorado:

Viviane Mara Costa Viana  
COREN/CE 308612 ENF



## PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 08:05 PM  
viviane.viana

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404543	22/08/2019 às 20:04	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Lelito: 133410/3		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NIVEL DE ORIENTACAO	ENTENDIDO		
Nível de Consciência	ENTENDIDO		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFORTAVEL	ENTENDIDO		
ACESSO VENOSO PÉRvio E IDENTIFICADO	ENTENDIDO		
INTEGRIDADE FÍSICA E MENTAL	ENTENDIDO		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Viviane M.C. Viana  
CIRURGIA

 <b>ANTONIO PRUDENTE</b>	<b>AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO</b>		
	Código: <b>FORMULÁRIO: 013</b>	Setor: <b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Página: <b>1 de 1</b>
		Data de Revisão: <b>10/09/2018 - V 01</b>	
		Data da Elaboração: <b>20/03/2017</b>	

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Júlio Nascimento da S. DATA DO NASCIMENTO / /   
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Eny. DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO 22/08/12

**ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”**

<input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem? <input type="checkbox"/> História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas? <input type="checkbox"/> Alimenta-se apenas por sonda? <input type="checkbox"/> Escorre alimento pela boca? <input type="checkbox"/> Demora muito para engolir? <input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir? <input type="checkbox"/> Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação? <input type="checkbox"/> Há tosse com líquido? <input type="checkbox"/> Há tosse e engasgo com líquido? <input type="checkbox"/> Não consegue engolir? <input type="checkbox"/> Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 +
SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:	<u>0</u>

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

RESULTADO:	<b>RISCO ALTO</b> <input type="checkbox"/>	<b>RISCO MODERADO</b> <input type="checkbox"/>	<b>RISCO BAIXO</b> <input checked="" type="checkbox"/>
------------	--	--	--

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA**

1. Pesquisa de fatores de risco de deficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decubito a 30° exceto em casos de contra indicação ou determinação expressa do médico assistente
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

 <b>ANTONIO PRUDENTE</b>	<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS</b>			Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: <b>FORMULÁRIO: 015</b>	Setor: <b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Página: 1 de 1	Data da Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: <b>Gilson Nascimento</b> Nº do prontuário: <b>Leito:</b>	Data de Nascimento: <b>22/05/13</b> Data de admissão: <b>22/08/13</b> Data da realização da escala: <b>22/08/13</b>
---	--

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	①
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	①
		2	Doenças Crônicas	
C	Estado de consciência e orientação	2	Doenças oportunistas	①
		2	Uso de medicamentos	
D	Estado psico-cognitivo	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	①
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
E	Comprometimento Sensorial	2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações da locomoção	①
		4		
F	Mobilidade/equilibrio corporal	1	Alerta e calmo	①
		2	Depressivo	
G	Alterações nas eliminações	3	Ansioso	①
		4	Agitação psicomotora	
	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	①
		2	Dificuldade auditiva	
	Mobilidade/equilibrio corporal	3	Dificuldade visual	①
		4	Dificuldade sensorial	
	Alterações nas eliminações	1	Independente e sem fator de risco	①
		1	Acamado	
	Mobilidade/equilibrio corporal	1	Locome-se apenas com ajuda	①
		2	Locome-se com cadeiras de rodas	
	Alterações nas eliminações	3	Locome-se com ajuda de apoiros de marcha	①
		4	Locome-se se apoiando no mobiliário	
		1	Não	①
		4	Sim	
		<b>SOMA DOS PONTOS:</b>		①

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral previo	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmose
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia *
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diureticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corporea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX. hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

Fonte: Ministério da saúde/ANVISA/Fiocruz[Protocolo de Prevenção de Quedas,2013/Anexo-01]

# FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 10/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Lotto: 133227/1
Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]		Nº: 43145615	22/08/2019 às 18:35

**PACIENTE**

Data De Admissão 22/08/2019 [1]

**PRÉ-OPERATÓRIO**

Tipo De Cirurgia Emergência [1]

Data Da Cirurgia 22/08/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto PRÉ-OP DE PUNHO [1]

Pulseira De Identificação MSD [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista NÃO [1]

Etílico NÃO [1]

Cirurgias Anteriores Não [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia [1]

Reserva de Hemoderivados Não [1]

Reserva de Hemoderivados [1]

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

Exames E Procedimentos Sangue [1]

**NUTRICIONAL / METABÓLICO**

Jejum Sim [1]

**ELIMINAÇÕES**

Urinárias Presente [1]

**COGNITIVO / PERCEPTIVO**

Em Ouvir NÃO [1]

Compreender NÃO [1]

Memorizar NÃO [1]

Falar NÃO [1]



**ANTONIO  
PRUDENTE**

RODRIGUES MELLO

Relação: 19/09/2019 06:08

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE

2.Hidratação Venosa

Fase Única

Nº Prescrição: 23817257

Leito: 133105

Dt. Rec. 16/07/1988

19/09/2019 às 06:04

Peso: 80,00 kg

Atendimento: 62143852

Prontoúrio: 11762736

CRM-13903

3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g)

(D111)

Agua Destilada

Vol Total: 500 ml

mKcal/dia 500 ml

1g 1FRAP (FRAP CI 1GR)

10 ml

7,00 g/dm³

Acesso Periférico

CRM-13903

4. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg 1FRAP (FRAP CI 100MG)

100 ml

88h EV

CRM-13903

5. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg 2ML (AMPL CI 100MG)

100 ml

88h EV

SN

CRM-13903

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

Agua Destilada

1000mg 2ML (AMPL CI 500MG)

18 ml

66h EV

CRM-13903

7. PLAMEK (5,00mg/ml)

Agua Destilada

10mg 2ML (AMPL CI 10MG)

18 ml

66h EV

CRM-13903

8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALVIO

9. CURATIVO MEDIO+S+GAZE ACCOCHOADA

10. PUNCAO CLINICO

11. SINUS VITIAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOWAC

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACCOCHOADA MÉDIO

15. COMPRESSÃO COM ÉTER

16. Ata em: 19/09/2019

ALTA MELHORADO

Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

Profissional: CRM-13903

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

**CHECKLIST CIRURGIA SEGURA**

Página 1 de 1

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**
**Paciente:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**Dt. Nasc.:** 16/07/1988

**Atendimento:** 61500552

**Prontuário:** 11762736

**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ

**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI    **Leito:** 133227/1

**Profissional(is):** LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

**Nº:** 43145541    **Data:** 22/08/2019    **Hora:** 18:34

22/08/2019 18:35

**DADOS DA ADMISSÃO**
**Data Da Cirurgia**

22/08/2019

[1]

**Hora Da Cirurgia**

A DEFINIR

[1]

**Cirurgia**

PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

**ANTES DE ENCAMINHAR AO CC**
**Setor De Admissão Do Paciente**

EMERGÊNCIA

[1]

**Identidade Do Paciente**

SIM

[1]

**Avaliação Pré-Anestésica**

NÃO

[1]

**Realizados Protocolos De Instrumentais**

SIM

[1]

**Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião**

SIM

[1]

**Confirmação De Vaga Em Uti**

NÃO

[1]

**Exames Complementares**

SIM

[1]

**Retirada De Adornos/Próteses**

SIM

[1]

**Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia**

SIM

[1]

**Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia**

SIM

[1]

**Confirmação De Reserva De Sangue**

NÃO

[1]

**Tricotomia**

Não se aplica

[1]

**Banho Pre-Operatório**

SIM

[1]

**Paciente Refere Alergia**

NÃO

[1]

**Paciente Está Em Jejum**

SIM

[1]



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

22/08/2019 18:33

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

## SINAIS E SINTOMAS

## Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evoluí estável

[1]

HD PRÉ-OP DE PUNHO

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais e pendente resultado  
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV

PA 110X60

DX 88

FC 92

FR 18

T.37.5°C

AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

AOS CUIDADOS DA EQUIPE





## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 18:30

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762738
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23403462	22/08/2019 às 18:28	
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E	Leito: 133227/1	Enfermeiro(a):	LUANA VIEIRA CAMPOS
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

### 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

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

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1
Profissional(is): CLÁUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251	[1]	Nº: 43144821	22/08/2019 às 18:19

## CONTROLE VITais

## SINAIS VITais

T	37,5 °C	[1]
PA	110/60	[1]
FC	92 bpm	[1]
FR	18 rrpm	[1]

## OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	88 mg/dL	[1]
Sat O2	99 %	[1]

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	22/08/2019	[1]
Hora	18:20	[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE

2. Hidratação Venosa

Soro Fisiológico 0,9%  
Fase Única

SORO FISIOLOGICO 0,9%

3. CEFAZOLINA SÓDICA (1,00g)  
(D111)

Agua Destilada

4. PROFENID IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%  
Vol. Total

SORO FISIOLOGICO 0,9%

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

Agua Destilada

6. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Agua Destilada

7. PLAMET (5,00mg/ml)

Agua Destilada

8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALUMÍNIO

9. CURRÁTIVO MEDIO + SF + GAZE ACOLCHOADA

10. PUNÇAO CI JELCO

11. SINAS VITAS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENOS DE PORTOVAC

14. CURRÁTIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHADA MÉDIO

15. COMPRESSÃO COM ETÉR

17. Ata em: 22/08/2019

Ata dada por: BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Emissão: 22/08/2019

Atendimento: 61502878

Prontuário: 1762736

Peso: 85,00 kg

CRM-11

*Dr. Bruno Mota CRM-11*

# RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Pagina 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 43154135 22/08/2019 às 22:52

22/08/2019 2

## DIAGNÓSTICOS

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

## PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

redução Incruenta do carpo

[1]

Cirurgião

bruno mola

[1]

## ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado

Sim

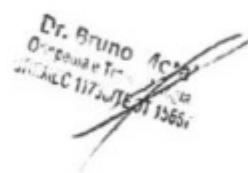
[1]

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

enc ao especialista em mao para cirurgia definitiva

[1]



Dr. Bruno  
Osteopatista  
CRM 11736  
LETO 133410/3

# EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Lelto: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 [1]

Nº: 43154044 22/08/2019 às 22:48

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

### Evolução Do Paciente

realizado redução incruenta do punho sem intercorrências

[1]

cd. orientações

imobilização

enc ao especialista em mao para programação cirurgica  
alta hospitalar as 23:30h

CID 10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

Dr. Bruno Mota  
CRM 11738  
Lelto 133410/3

22/08/2019

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA

22/08/2019 23:53

Convênio HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc: 16/07/1980 Atendimento 61502878 Prontuário 11767136  
Posto RPA RECUPERACAO POS ANESTE Leito 222/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1] N° 43155220 22/08/2019 as 23:37

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

23/08/2019 G.N.S. 31 ANOS SEXO MASCULINO ADMITIDO NA RPA NO POI DE REDUÇÃO INCRUENTA DO PUNHO COM DR BRUNO MOTA E SOB ANESTESIA SEDAÇÃO COM DRA EUZIANE ENCONTRA SE ACORDADO CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE COM AVP EM MSE E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS AUSENTES NO PERÍODO SSVV PA 148 X 68 MMHG FC 90 BPM FR 17 MRPM SATO 99% MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATÉ A ALTA HOSPITALAR PREVISTA PARA APOS A RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA ENF. JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

## AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 a 10)

0

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



Sarah Joliana Saunders Guedes  
COREN-CE 521482 Enf

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 23:54

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61502078 Prontuário: 11762736  
Convênio: HAPVIDA MATRIZ N° Prescrição: 23406395 22/08/2019 as 23:54  
Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES Leito: 222/1 Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES  
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CIRURGICO  
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1]

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRURGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTAVEL

Má/ok/ado III OK

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Má/ok/ado III OK

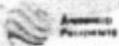
## 3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXtenso OU PROLONGADO

SINAIS VITais

Má/ok/ado

  
Sarah Joliana Saunders Guedes  
COREN-CE 521482 ENF



# PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 11:55 PM

Paciente	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI. Nasc	16/07/1988	Atendimento	01502878	Prontuário	11762736
Convênio	HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição	23406405	22/08/2019 às 23:55			
Posto	RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito	27271				
Avaliação	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)						
Profissionais	SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 5214BZ)						
1 - ADMITIR/INSTALANDO							
OXIMETRO DE PULSO	Normal						
MONITOR CARDÍACO	Normal						
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO							
PADRAO RESPIRATÓRIO	Normal						
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							

*Sarah Joliana Saunders Guedes  
coren-CE 5214BZ FNR*



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**61500552**

**!U(W"**

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/09/2019 17 50 50

Prontuário <b>11762736</b>	Nome do Paciente <b>GILSON NASCIMENTO DA SILVA</b>	Sexo <b>M</b>	Nascimento <b>16/07/1988</b>	Idade <b>31</b>
RG <b>2004009066881 SSP CE</b>	CPF <b>1969264322</b>	Carteira Profissional		Estado Civil <b>2-SOLTEIRO</b>
Endereço <b>R PADRE ITAPUA,1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150</b>				
Telefone Residencial <b>987534117</b>	Telefone Trabalho			

**DADOS DO CONVENIO**

Convenio		
<b>22 HAPVIDA_MATRIZ</b>	<b>1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -</b>	<b>COLETIVO</b>
Carteira <b>50339000095000014</b>	Validade	

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Setor			
<b>116800- RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG</b>			
Data <b>22/08/2019</b>	Hora <b>17:12</b>	Matricula	Tipo Atendimento
			<b>6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA</b>
Médico Atendente			
<b>2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA</b>		<b>Clinica</b>	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

CONFIRME O PRONTUÁRIO  
**LEANDRO 21082**  
Assinatura

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 5

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 17:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]	Nº: 43142294 22/08/2019 às 17:21		

## ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA LUXACAO DOS OSSO DO CARPO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

## DIAGNÓSTICO

CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERIR PRONTUÁRIO

LEANDRO\_Z1082  
*(Assinatura)*

## RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]		Nº: 43142336	22/08/2019 às 17:22

## IDENTIFICAÇÃO

Nº Atendimento	61500552	[1]
Nome Completo	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nome Da Mãe	MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data Da Internação	22/08/2019	[1]

## HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA

## SINAIS VITais

FC	80 bpm	[1]
----	--------	-----

## DUTROS DADOS E SINAIS

## COMORBIDADES

## DIAGNÓSTICO

CID Principal	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
---------------	-----------------------	-----

## PARECER DO ESPECIALISTA

## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Plano Terapêutico	REDUCAO + FIXACAO DE LUXACAO PUNHO	[1]
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.	[1]

CONFIRME O PROTOCOLO

LEANDRO 21082

Assinatura

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Letto: 133227/1

Profissional(is): CLAUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251 Nº: 43144821 22/08/2019 às 18:19  
[1]

## CONTROLE VITAIS

## SINAIS VITAIS

T	37,5 °C	[1]
PA	110/60	[1]
FC	92 bpm	[1]
FR	18 rrpm	[1]

## OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	88 mg/dL	[1]
Sat O2	99 %	[1]

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	22/08/2019	[1]
Hora	18:20	[1]

CONFIRME DATA/HORA  
LEANDRO 21082  
Assinatura

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lelito: 133227/1

Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE COREN 786044 [1]

Nº: 43145261 22/08/2019 ÀS 18:28

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE PUNCAO C/ JELCO REALIZADO AS 18:28, EM 22/08/2019 POR [1]  
SUPORTE MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 786044

### AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clínico [1]

CONFIRA O PRONTUÁRIO

LEANDRO Z1082  
Assinatura

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lelto: 133227/1

23/08/2019 16:57

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

## SINAIS E SINTOMAS

## Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evolui estável

[1]

HD: PRÉ-OP DE PUNHO

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais e pendente resultado.  
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV.

PA: 110X60

DX: 88

FC: 92

FR: 18

T: 37,5°C

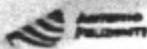
AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA.

AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

CONFERE CIRURGIA DR.

LEANDRO - 210.82

Assinatura



# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Letto: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A) COREN 39973 [1]

NP: 43145541 22/08/2019 Hora 18:34

23/08/2019 17:00

**DADOS DA ADMISSÃO**

Data Da Cirurgia	22/08/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRE-OP DE PUNHO	[1]

**ANTES DE ENCAMINHAR AO CC**

Setor De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	[1]
Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	NÃO	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM	[1]
Demarcação Da Lateraldade Pelo Cirurgião	SIM	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO	[1]
Exames Complementares	SIM	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	SIM	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO	[1]
Tricotomia	Não se aplica.	[1]
Banho Pre-Operatório	SIM	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM	[1]

LEANDRO ZZO 82  
10/08/2019

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 17:00

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

NP: 43145615 22/08/2019 à 18:35

## PACIENTE

Data De Admissão

22/08/2019

[1]

## PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Emergência.

[1]

Data Da Cirurgia

22/08/2019

[1]

Procedimento Cirúrgico Proposto

PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

Pulseira De Identificação

MSD

[1]

Comorbidades

NEGA

[1]

Nome, dosagem, frequência

NEGA

[1]

Alergia- Descrição

NEGA

[1]

Tabagista

NÃO

[1]

Etílico

NÃO

[1]

Cirurgias Anteriores

Não

[1]

Avaliação Das Condições Emocionais

Cooperativa.

[1]

Orientações Ao Paciente

Cirurgia

[1]

Reserva de Hemoderivados

Não

[1]

Reserva de Hemoderivados

Higienização

Sim

[1]

Adornos, Esmaltes E Maquilagem

Sim

[1]

Exames E Procedimentos

Sangue

[1]

## NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum

Sim

[1]

## ELIMINAÇÕES

Urinárias

Presente

[1]

## COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir

NÃO

[1]

Compreender

NÃO

[1]

Memorizar

NÃO

[1]

Falar

NÃO

[1]

CONFIRMO

LEANDRO Z1082

Assinatura



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**61612065**

**!`7d"**

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/09/2019 17:50:30

Pronluário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA		Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 2004009066881 SSP CE	CPF 1969264322	Carteira Profissional		Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA, 1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150					
Telefone Residencial 987534117	Telefone Trabalho				

**DADOS DO CONVENIO**

Convenio			
22 HAPVIDA_MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -		COLETIVO
Carteira 50339000095000014	Validade		

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 27/08/2019	Hora 15:18	Matricula	Tipo Atendimento 4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente 2585251 FILIPE SANCHO DE MÂCEDO	Clinica 6-TRAUMATOLOGICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA-(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61612065 Prontuário: 11762736  
Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ Posto: Leito: /  
Profissional(is): FILIPE SANCHÔ DE MÂCEDO CRM.15158 [1] Nº: 43361013 27/08/2019 às 15:22

## ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA DE PUHO DIR	[1]
Queixa Principal	EM CAOMPANHAMENTO COM IGOR RABELO	
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

19/09/2019 03:28:10

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

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA		M	16/07/1988	31
RG	CPF		Carteira Profissional	Estado Civil	
2004009066881 SSP CE	1969264322			2-SOLTEIRO	
Endereço					

R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732160

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
287534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA

## DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	Nome do Paciente		Type Documento
16300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			<i>Day clinic</i>
Data	Hora	Matricula	Clinica
9/09/2019	03:18		4-CIRURGICA
Médico Atendente			Tipo Atendimento
1004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE			O INTERNACAO
Médico Acompanhante			
1004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE			
Intervenção médica			

59109

## DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA
22-HAPVIDA_MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
50339000095000014		

## DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA OC 01	05

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
I362514	99996666	D28045871	INTERNACAO
I362514	30731097	D28045871	TENOLISE NO TUNEL OSTE FIBROSO
I362514	30732026	D28045863	ENXERTO OSSEO
I362514	30722888	D28045864	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFÓIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 20
			Material - 99835336 - PARAFUSO DE HERBERT - QTDE: 1
			Material - 89902506 - MINI ANCORA - QTDE: 1
I362514	30737052	D28045865	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #



## NOTA DE SALA

12109

4751098

4951098

Atendimento:	62143852	Prontuário:	11762738	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	
Cirurgia(s) :	30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEO FIBROSO		Type Anestesia:	HAPVIDA_MATRI
	30732026	ENXERTO OSSEO		30722888	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
	30737052	RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO DIL			

Sala Clínica: SALA CC.04

INTO DO REPARO DE  
ULAR #

**Escala Médica:** CIRURGIA

Emisor: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

219

30737052 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU  
REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE  
CARTILAGEM TRIANGULAR #

**TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO  
ESCAFÓIDE COM TRANSPLANTE OSSEO  
VASCULARIZADO E FIXAÇÃO COM MICRO  
PARAFUSO**

PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO		CRM 11104	
Código	Especificação	Código	Especificação
31720	MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	34290 MEDICAMENTOS AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	39144 ANTAK 2ML AMPL 2ML
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	38008 DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	135923 FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML
134865	AGULHA STIMPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	48593 GLUCOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML
134866	AGULHA STIMPLEX 100 G -21X4 - 1 UD	1	48674 IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	42013 KEFAZOL FRAP 1 UD
51063	ALGODAO HIDROFÍL - 500 GR	60	40037 MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML
51055	ALGODÃO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	91537 NAROPIN SP 10MG 20 ML FRAP 20 ML
27928	ARRUELA PI MÔNITOR DESCARTAVEL C/I - 1 UD	5	120106 ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	59609 PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	3	43290 RINGER CLÁCTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML
152352	CAMPO IMPERMEÁVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	43800 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML
21868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	45233 XYLOCAINA CIAD 2% 20 ML FRAP 20 ML
30163	CATETER DE OXIGÉNIO - 1 UD	1	
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1	
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	
35865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150	
35866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOÓLICA FRAS 1000 ML	150	
12712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200	Gases / Aparelhos
58880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	19	TAXA DE SALA Início: 06:30 Fim: 08:00
34084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	2	TREPANO Início: 06:30 Fim: 08:00
0997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	1	OXIGÉNIO Início: 06:30 Fim: 08:00
30804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	50	BISTURI ELÉTRICO Início: 06:30 Fim: 08:00
19495	FIO MONONYLON (1168T) - ETHILON® BLK 5-0 ENV 1 UD	1	MONITORIZAÇÃO Início: 06:30 Fim: 08:00
18818	FIO J&J POLYCOI (SP443T) - POLYCOT® BLUE 3-0 ENV 1 UD	2	OXÍMETRO DE PULSO Início: 06:30 Fim: 08:00
2247	FIO J&J VICRYL (J406H) - VICRYL® VLT 3-0 70CM - 1 UD	1	STIMPLEX Início: 06:30 Fim: 08:00
1879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	1	
51606	FIO Q J&J MÖNONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1	
33505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5	
0857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5	
43220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1	
0954	LÂMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1	
0938	LÂMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1	
05112	LATEX SILICONIZADO - 1 MM	1	
0635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4	
0651	LUVA DESC.ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3	
0660	LUVA DESC.ESTERIL N-7,5 - 1 PA	4	
0678	LUVA DESC.ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1	
0822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/STRIPS PCT 50 UD	5	
1004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	30	
27683	PARAFUSO DE HERBERT - 1 UD	1	
0649	PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD	5	
0902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1	
0848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1	
0856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2	
0864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2	
0872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3	
0881	FORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	3	
17256	TRANSOFIX - 1 UD	1	
1430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30	

Date: 18/09/2019

Cirurgião: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE - Anestesiologista: LUIZ ELÁVIO BRANDÃO PIZERI - Pág. 1 de 1

Intercorrelaciones per. op:

Name: G. L. Soto Hidalgo Jr. Date: 12/08/08  
 Idade: 34 Peso: Pronatura: 11262236  
 Sexo: F(1) M(4) Cognitivo: N/A  
 Diagnóstico: DSE-CUATRO SE A/C  
 Crurgia: TPD (Urgencia de la  
 Anestesia: 1500g/dia de HClO4 HCl  
 Cirurgião: Dr. J. Gómez  
 ASA: I

PRUDENTE  
ANTONIO



## BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de

ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Nome: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Unidade: HAPVIDA\_MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762738

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Professional(is): ~~HORREFOOT, SASSO DE MELLO DIFERENCIADO~~ N°: 44380520 19/09/2019 às 07:54

19/09/2019 08

## DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S620

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S620

[1]

## DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

19/09/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

07:54

[1]

Cirurgia

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE ESCAFOIDE

[1]

Cirurgião

DR. IGOR RABELO

[1]

1º Auxiliar

DR. EDUARDO GUEDES

[1]

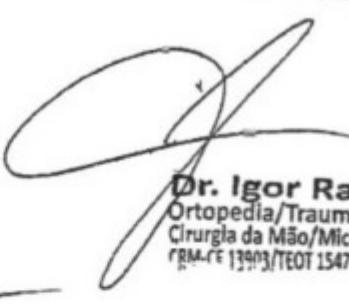
Descrição Cirúrgica

- 1) PACIENTE EM DDH + ANESTESIA REGIONAL
- 2) ANTISEPSIA + ASSEPSIA + CCE
- 3) REALIZADO INVENTÁRIO DA LESÃO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE DIREITO SOB ESCOPA
- 4) REALIZADO ACESSO VOLAR EM PUNHO DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS, TENOLISE DO FLEXOR RADIAL DO CARPO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE DIREITO.
- 5) REALIZADO RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE REGIÃO METAFISARIA DE RÁDIO DISTAL DIREITO PARA PREENCHIMENTO DE FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE DIREITO
- 6) IDENTIFICADO LESÃO DO LIGAMENTO RADIOESCAFOCAPITATO E FIBROCARTILAGEM REALIZANDO-SE RECONSTRUÇÃO DESTES COM NYLON
- 7) PASSAGEM DE 01 PARAFUSO DE HEBERT EM ESCAFÓIDE NUMERO 22MM
- 8) VISUALIZADO SÍNTese SATISFATÓRIA SOB ESCOPA
- 9) LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA + HEMOSTASIA LOCAL
- 10) SUTURA POR PLANOS
- 11) CURATIVO LOCAL + TALA GESSADA
- 12) ENCAMINHO PACIENTE À CRPA

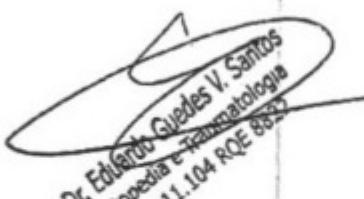
## Códigos Dos Procedimentos

30722888: TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFÓIDE  
 30732026: ENXERTO OSSEO  
 30737052: RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO  
 30731097: TENOLISE DE TUNEL OSTEOFIBROSO

[1]



**Dr. Igor Rabelo**  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia da Mão/Microcirurgia  
CRM-CE 13803/TEOT 15474/RQE 9427



**Dr. Eduardo Guedes V. Santos**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11.104 RQE 8822

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 07:32

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143652

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11762736

Leito: 133410/5

Profissional(is): GERENDA D'INGOSTA LIMA JORGÉ TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN- RJ Nº: 44379515 19/09/2019 às 07:24  
1141107/[1]

## DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 19/09/2019 [1]

Hora Da Cirurgia 07:24 [1]

Cirurgia PSEUDOARTROSE [1]

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente SIM. [1]

Opme Checado Em Sala Cirúrgica SIM. [1]

Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica SIM. [1]

Alergias Do Paciente São Conhecidas Não. [1]

Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirúrgica SIM. [1]

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea Não. [1]

Via Aérea Difícil Não. [1]

Confirmação Da Vaga Em UTI Não. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia SIM. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia SIM. [1]

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião SIM. [1]

Verificação De Anestésica Concluída SIM. [1]

Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento SIM. [1]

## ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função SIM. [1]

Lateraldade Do Procedimento Direta. [1]

Paciente Certo SIM. [1]

Sítio Cirúrgico Identificado SIM. [1]

Procedimento SIM. [1]

## ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado SIM. [1]

Checagem Completa Dos Equipamentos SIM. [1]

Antibiotiocoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos SIM. [1]

Checagem Completa Das Medicações Anestésicas SIM. [1]

Esterilização Do Material Confirmada E Validada SIM. [1]

Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas SIM. [1]

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas SIM. [1]

## AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

DL Nasc.: 18/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762738

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

19/09/2019 07:32

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

**PREScrição MÉDICA**

Data: 19/09/2019 06:15

**Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

Dt. Nasc. 16/07/1988 N° Prescrição: 23817257

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

**1. DEIA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE**

3/3h ORAL

CRM-13903

**2. Infusão Venosa**

Fase Única 19/09/2019 às 06:04

Soro Fisiológico 0,9% Prontuário: 1762736

20,83g Laito: 1334105

Peso: 80,00 kg

CRM-13903

**3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g)**

Agua Destilada 7,00 g/dia/h

Acesso Periférico

CRM-13903

**4. CETOPROFENO IV (100,00mg)**

Soro Fisiológico 0,9% 100 mg/dia/h

CRM-13903

**5. TRAMADOL (50,00mg/ml)**

Agua Destilada 100 mg/dia/h

CRM-13903

**6. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)**

Agua Destilada 1000 mg/dia/h

CRM-13903

**7. PLAMET (5,00mg/ml)**

Agua Destilada 10 mg/dia/h

CRM-13903

**B. SONDAÇÃO VESICAL DE ALVIM**

Agua Destilada SN

CRM-13903

**8. CURATIVO MEDIO+S+GAZE ACOCHOADA**

Agua Destilada SN

CRM-13903

**9. CURATIVO MEDIO+S+GAZE ACOCHOADA**

Agua Destilada SN

CRM-13903

**10. PUNCAO C/ JELCO**

Agua Destilada SN

CRM-13903

**11. SINAIS VITAIS**

Agua Destilada SN

CRM-13903

**12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS**

Agua Destilada SN

CRM-13903

**13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC**

Agua Destilada SN

CRM-13903

**14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO**

Agua Destilada SN

CRM-13903

**15. COMPRESSAO COM ETER**

Agua Destilada SN

CRM-13903

**16. Ata dada em:**

19/09/2019

**Ata dada por:**
**IGOR RABELO DE SALES ANDRADE**
**Profissional:**
**CRM-13903**
**IGOR RABELO DE SALES ANDRADE**

**Dra. Igor Rabelo**  
 Ortopedista Traumatologista  
 Cirurgião da Mão/Micromicrocirurgia  
 CRM-13903/RQE 9427



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
18/09/2019 09:34

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820268	19/09/2019 às 09:33	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Lote: 219/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]			

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mantido:  OK

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido:  OK

## 3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITais

Mantido:

  
Sarah Joliana Saunders Guedes  
COREN-CE 521482 - EAD

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
18/09/2019 09:36 AM

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 15/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820318	19/09/2019 às 09:35	
Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

*Sarah Saunders*  
Sarah Joliana Saunders Guedes  
COREN - CE 521482 EXP

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nas.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762735

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE

Leito:

219/1

Professional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] N° 44385017 19/09/2019 às 09:28

19/09/2019 09:33

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

09:28 - G.N.S., 31 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE FRATURA DO PUNHO DIREITO COM DR IGOR RABELO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO COM DR LUIZ FLÁVIO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE SEM QUEIXAS ALGÍCAS NO PERÍODO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE E CVP EM MSE CURATIVO INTEGRO, LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA SSVV PA. 135 X 76 MMHG, FC 82 BPM, FR 17 MRPM, SATO 100% MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENF JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

## AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 a 10)

0

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Joliana  
2023-09-19 09:28  
COREN-CE 521482-ENF

## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 06:06

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Lelito: 133410/5	
Professional(is): DR IGOR RABELO QUE SALES ANDRADE MEUSCOLI CRM 1303112	Nº: 44377476	19/09/2019	às 06:06

## DIAGNÓSTICOS

CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOÍDE] DA MÃO	[1]
-------	---	-----

## PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada	TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE DO ESCAFOÍDE	[1]
--------------------	--	-----

Cirurgião	DR IGOR RABELO	[1]
-----------	----------------	-----

Data da Cirurgia	19/09/2019	[1]
------------------	------------	-----

## ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado	Sim	[1]
--------------------	-----	-----

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Díeta	GERAL	[1]
-------	-------	-----

Exercícios	PROIBIDO	[1]
------------	----------	-----

Orientações Diversas	VIDE ORIENTAÇÕES EM ANEXO	[1]
----------------------	---------------------------	-----



Dr. Igor Rabelo  
Ortopedista / Traumatologista  
Cirurgião da Mão / Microcirurgia  
CRM-CE 1303112 / CRB-02 1527

## PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital | Antônio Prudente  
 Nome do paciente | Gelson Vassoura da Silva  
 Data de nascimento | 10/04/1988  
 Nome do(a) Responsável/Parentesco | Ana (noiva.)  
 Procedimento a ser realizado | Tendovise

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		20:30
Possui alergia a medicação?	X		
Faz uso de alguma medicação?	X		
Problemas cardíacos?	V		
Tem diabetes?	X		
Hipertensão Arterial?	X		
Adornos/próteses	X		
Cirurgias anteriores	X		Medicamento unknown
Identificação com pulseira	X		HST

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

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

Não se aplica

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

## 3. Termos:

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

Loc. da data | TORONELA | 10/10/19 | Horário

Assinatura do responsável ou responsável

Xisna eristha perera

Assinatura do responsável pela realização deste questionário

Aline



ANTONIO  
PRUDENTE

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 19 / 09 / 13

Nº PRONTUÁRIO: 11462236

NOME COMPLETO: Gilson NASCIMENTO DA SIWA  
CIRURGIA REALIZADA: Ax Rumbo Msd

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (l/min)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dL)	SPO2 (%)	HORA DA ENTRADA NA RPA	IDADE: 31 A	PESO:	SEXO: M
08:15	147x80	79	16	34.7	—	100%	08.15			
08:30	157x83	78	18	35.0	—	100%	08.30			
08:45	129x75	75	19	35.7	—	100%	08.45			
09:00	125x75	76	19	35.7	—	100%	09.00			
09:15	135x79	93	49	35.5	—	100%	09.15			
10:15	134x82	91	14	35.8	—	100%	10.15			
			360	—	—	99%				

### ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK

Almaida Muscular	Movimenta os quatro membros	2
E Incapaz de mover os membros	—	1
Comando	—	0
Respiração	E Capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	0
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	—	1
Item apnéia	—	2
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	0
PA em 20-49% do nível anestésico	2	1
PA em 50% do nível anestésico	0	1
Consciência	Está lucido e orientado no tempo e espaço	0
Deseja se solicitar	—	2
Não responde	—	1
E capaz de manter saturação de O2 maior que 92%	0	0
respirando em ar ambiente	—	2
Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1
O2	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK	HORA	08:34
	CONSCIÊNCIA	2
	ATMIDADE	2
	RESPIRAÇÃO	2
	CIRCULAÇÃO	2
	SPO2	2
	TOTAL	10

### OBSERVAÇÃO MÉDICA:

SEM infecções

HORÁRIO DA ALTA DA RPA: 10:00h

MÉDICO(A):

ENFERMEIRO(A):

Sign. Júlia Sales Góes  
COTEN - 04/09/2014



(Preencher quando não houver efusão)

Nome completo (paciente):

CPF:

Médico:

CRM:

GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Data de Nasc: 16/07/1988

Faz bem pra você

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta Instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Obstetricia de Parto ou a seguinte alternativa anestésica Anestesia Geral.

Declaro ainda que:

- 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 anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- 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.
- 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.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista 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).
- 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

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

69 de 09 de 20 2019

Hora: \_\_\_\_\_

Nome legível: Gelson Nascentes da Silva

Assinatura: Gelson

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme 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.

Dr. Luis Henrique B. Ribeiro  
Médico  
CRM-CE: 19706

Nome legível: CRM é visto ou carimbo com CRM e visto  
CRM



## PLANO TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): IGOR RABELLO DE SALES ANDRADE MED CO/CBMG 13903/11052

Nº: 44377356 19/09/2019 05:56

## IDENTIFICAÇÃO

Nome

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

[1]

Sexo

Masculino.

[1]

Idade

31 A 2 M

[1]

Data De Nascimento

16/07/1988

[1]

Nº Atendimento

62143852

[1]

## DADOS DO PACIENTE

## MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário

S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

[1]

## COMORBIDADES

## GRAU DE INDEPENDÊNCIA

## IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

## OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Principal

tratamento cirúrgico de fratura de pseudoartrose do escafólide.

[1]

## OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

## ALTA HOSPITALAR

Total De Dias

1 Dias

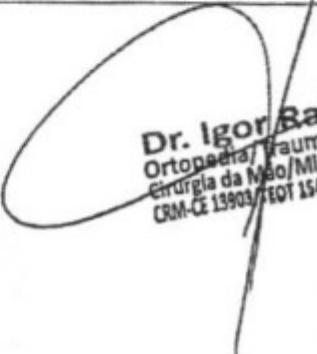
[1]

Saída Certa

Motivo

vide orientações em anexo

[1]



Dr. Igor Rabello  
Ortopedia/ Traumatologia  
cirurgia da Mão/Microcirurgia  
CRM-CE 13903 / FORT 15474/RQE 9427

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ			
Profissional(is): GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE ENFERMEIRO DE ENFERMAGEM GORENTE	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Lote: 133410/5	
		Nº: 44379788	19/09/2019 às 07:33

CANCELADO DIA 19/09/2019 08:14:33 POR GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE.

## PACIENTE

Data De Admissão 19/09/2019 [1]

## PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Eletriva.	[1]
Data Da Cirurgia	19/09/2019	[1]
Pulseira De Identificação	MSE.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Não.	[1]
Cirurgias Anteriores	SIM.	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	CIRURGIA.	[1]
Reserva de Hemoderivados		[1]

## NUTRICIONAL/METABÓLICOS

Jejum SIM. [1]

## CONFORTO

## INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	ENF:BENEDITO	[1]
Hora	06,20	[1]
Sala	04	[1]
Condições Da Pele ao Início da cirurgia	INTEGRA	[1]
Início Da Anestesia	06:30	[1]
Término Da Anestesia	07:55	[1]
Início Da Cirurgia	07:10	[1]
Término Da Cirurgia	07:50	[1]
Instrumentador	MARCI	[1]
Circulante	GERLANDIA	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	MSD	[1]
Número Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Número Total De Compressas Inseridas	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[1]
	KEFAZOL 2 G AS 06:30	[1]

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/5	19/09/2019 08:14
<b>Medicações/hora</b>			
Exames De Imagem	Sim	[1]	
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]	
Clorexedine Desgermante	Sim	[1]	
Material	PEQUENOS FRAGMENTOS	[1]	
Fornecedor	ORTOGESES	[1]	
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]	
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]	
Encaminhamento Do Paciente		[1]	
Horário De Saída Da S.O	08:10	[1]	
<b>SINAIS VITIAIS</b>			
T	35 °C	[1]	
P脉	80 bpm	[1]	
PA	143,73	[1]	
FC	80 bpm	[1]	
FR	19 rrpm	[1]	
<b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>			
Sat O2	100 %	[1]	
<b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>			
Data	19/09/19	[1]	
Hora	07:50	[1]	
<b>OBSERVAÇÕES/INTERCORRENCIAS</b>			
Observação	PACTE ADM NO CC PARA TRATAMENTO CIRURGICO COM DR:EDUARDO SOB ANESTESIA DE SEDACAO ,BLOQUEIO COM DRA:BARBARA,O MESMO DEU ENTRADA NO CC ORIENTADADO,VERBALIZANDO,NA CADEIRA DE RODAS,APOS O PROCEDIMENTO SEGUIU PARA SRPA SEM INTERCORRENCIAS SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM CURATIVO COM GESSO,PULSEIRA NO MSE.	[1]	
Intercorrencias	SEM	[1]	
Eletrodos	TORAX	[1]	
Incisão Cirúrgica	MSD	[1]	
Punções Venosas	MSE	[1]	
<b>PÓS-OPERATÓRIO</b>			



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) GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
nas 06:04, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30  
(TRINTA) dia(s), a partir de 19/09/2019, tendo como causa do atendimento o código  
abaixo:

562

Código da Doença

Local e Data

Dr. Igor Rabelo  
Ortopedia/Trumatologia  
Cirurgia da Mão/Microcirurgia  
CRM-F13903 CRMEF 15374/PQE 9427

Assinatura do Médico

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM 13903

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BQEGT99Q2U0K0

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL  
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA  
61939-915 MARACANAU - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 08:22, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1 (UM) dia(s), a partir de 18/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

CRM 16610

Dr. César Augusto L. da Silva  
Ortopedista e Traumatologo  
CRM/CE: 16610 / T.O.F. 15544 / RQE 10142

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BHTIS99Q2I6I2  
Solicitação da Senha : 18/09/2019 08:09:22

**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL**  
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA  
61939-915 MARACANAU - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 10:57, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 7 (SETE) dia(s), a partir de 10/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Dr. Rafael da Silva Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/CE: 14370/RQE: 1560/TEOT: 16.316

Assinatura do Médico

RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

CRM 14370

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BXFKK99Q2Q6I2  
Solicitação da Senha : 10/09/2019 10:43:07

# ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 14:47 hs , sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 ( QUINZE ) dias, a partir de 27/08/2019 , tendo como causa do atendimento

S630

-----  
Código da Doença

Local e Data

Dr. Igor Rabelo  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia da Mão/Microcirurgia  
CRM-CE 13001111111 15479/RQE 9427

Assinatura do Médico



ICORRS

Autenticação BEWOB89Q2U0E0

27/08/2019 14:48

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 10:05, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1 (UM) dia(s), a partir de 26/08/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S630

-----  
Código da Doença

Maracanau, 26/08/19  
Local e Data

Assinatura do Médico

ANA LARISSA FLORENCIO DE GOIS PEREIRA

CRM 19510



Dr. Ana Larissa Florencio de Gois Pereira  
CRM 19510  
26/08/2019

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BCFKA89Q2R1I2

Solicitação da Senha : 26/08/2019 09:25:36

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL  
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA  
61939-915 MARACANAU - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
as 22:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 3  
(TRES) dia(s), a partir de 21/08/2019, tendo como causa do atendimento o código  
abaixo:

559

Código da Doença

Local e Data

Glauber Correia Melo  
Medico  
CRM 18996

Assinatura do Médico

GLAUBER CORREIA MELO

CRM 18996

ACEITO A COLOCAÇÃO DO CID ASSINADO US \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BSZWV89Q2T712

Solicitação da Senha 21/08/2019 21:17:44

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

NOME  
GILSON NASCIMENTO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR UF  
2004009066881 SSP CE

CPF  
019.692.643-22 DATA NASCIMENTO  
16/07/1988

FRAÇÃO  
GERALDO PAULA DA SILVA  
MARIA DE FATIMA  
NASCIMENTO DA SILVA

PERMISSÃO  
ACC CAT/IAS  
PR

Nº REGISTRO  
04694646420

VALIDADE  
06/03/2020

1ª HABILITAÇÃO  
10/07/2009

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Gilson Nascimento da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO  
09/03/2015

Igor Vascôncelos Pônta

62809603184  
CE146518934

ASSINATURA DO LINSSON

DETTRAN-CE (CEARA)

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

NOOME

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2008010066558 SSP CE

CPF  
048.217.413-77 DATA NASCIMENTO  
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

*Igor Vasconcelos Ponte*  
ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905  
CE161764037

CEARÁ

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440

Scanned by CamScanner



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190667163      **Cidade:** Maracanaú      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA      **Data do acidente:** 21/08/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DE PUNHO (ESCAFOIDE) DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P12 P55 P63)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PAGINA 1.

**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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190667163      **Cidade:** Maracanaú      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA      **Data do acidente:** 21/08/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DE PUNHO (ESCAFOIDE) DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P12 P55 P63)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PAGINA 1.

**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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

019.692.64322

4 - Nome completo da vítima:

Olson Nascimento da Silva

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

5 - Nome completo:

Olson Nascimento da Silva

6 - CPF:

019.692.64322

7 - Profissão:

Se. de Ambros

8 - Endereço:

RUA - ITAPOA , 1395

9 - Número:

1395

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ANINDEZINHO

12 - Cidade:

FORTEALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60732-150

15 - E-mail:

HC527310 @ gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(65) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 77648

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não teve filhos?

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Fortaleza - CE 26/11/19*

X Olson Nascimento da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Posto:

Atendimento: 61475940

Prontuário: 11762736

21/08/2019 21:28

Leito: /

Profissional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]

Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21

## ANAMNESE

## Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS DE CAPACETE. ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME [1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE  
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADASHD  
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURACD  
ANALGESIA  
RADIOGRAFIA

## Queixa Principal

## Diagnóstico Inicial

43 DOR  
MUSCULOESQUELÉTIC  
A [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [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 CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 00000077648-0

---

Nr. da Autenticação 8B2673C2B321E30A



#### **IMPORTANT**

## DEVOLUÇÃO DA CONTA

**Senhor Entregador:** assinale com "X" o motivo da devolução desta carta.

- |                          |                       |                          |                          |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Casa fechada          | <input type="checkbox"/> | Recusou-se a receber     |
| <input type="checkbox"/> | Endereço Insuficiente | <input type="checkbox"/> | Não existe o nº indicado |
| <input type="checkbox"/> |                       |                          |                          |

Outros - especificar \_\_\_\_\_

Matriculation

DÉBITO AUTOMÁTICO

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta-corrente.

**Pague sua conta até a data de vencimento.** Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações ao Órgão de Proteção ao Crédito, Cartões de Protesto de Títulos e a Suspensão do Extrato mensal da Empresa. Estamos

ATURA PACA. NAO RECEBER

108

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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

GILSON NASCIMENTO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.692.643 / 22,

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima GILSON NASCIMENTO DA SILVA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.692.643 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

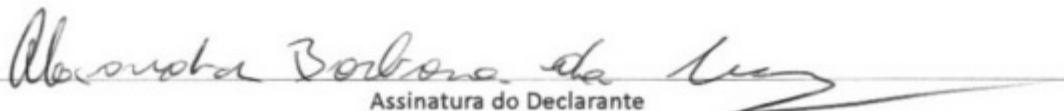
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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		Número: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60.762-775
E-mail: RC527310@GMAIL.COM			Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 25 DE NOVEMBRO DE 2019

X   
Assinatura do Declarante

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasco: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Professional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]		Nº: 43101937	21/08/2019 às 21:21

## ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE, ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME	[1]
	DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS	
	HD TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA	
	CD ANALGESIA RADIOGRAFIA	

Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		

CONFERE CI PRONTUÁRIO  
S. Souza  
 Assinatura

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

### **REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)**

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA

  
Ana Pina  
Coordenadora de Relacionamento  
com Canais de Atendimento

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

### **REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)**

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA

*Ana Pina*  
Coordenadora de Relacionamento  
com Canais de Atendimento



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

RECEITUÁRIO

Antônio

Ajuste parafuso  
Indicado para Gilson  
Nespresso 1000g -  
consumitivo  
Novo pote  
pescafei - Corpo  
21/08/2019 sub-  
stituto de referência  
metálico e cerâmico  
para uso em endossa com  
fixação à membrana do parafuso  
para de trânsito de fluidos  
pelo 50% refletor de mola  
zirconia + mola de mola  
tempo 1 hora  
data 20/01/19

Dr. João Batista Gomes da Silva  
Médico - CRM: 8155  
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 20/11/19.

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Professional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21		

## ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE. ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME	[1]
	DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS	
	HD TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA	
	CD ANALGESIA RADIOGRAFIA	

## Queixa Principal

Diagnóstico Inicial	43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA	[1]
---------------------	------------------------------	-----

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

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

## DIAGNÓSTICO

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

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

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Glauher  
Assinatura

Q

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

TOMOGRAFIA - HAL

Nº Pedido: 32576647

Data 22/08/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento 16/07/1988 Sexo M RG 2004009066881 SSP CE CPF 01969264322

Endereço R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel 987534117

Convenio HAPVIDA

Matrícula 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) GUILHERME DE CASTRO

Queixa Principal:

DORES

Exame:

TC DO PUNHO DIREITO

!`R^KV

6147594051

TECNICA

Exame realizado em projeção axial e coronal com cortes de 2,0 mm de espessura sem administração de contraste

Analise

Fratura cominutiva do escafoide com deslocamento palmar do maior fragmento

Subluxação palmar do semilunar

Demais estruturas osseas de morfologia e textura normais

Demais espaços articulares de amplitude conservada

Edema das partes moles junto ao sítio de fratura

\* Exame documentado em CD

RAIMUNDO NOBERTO DE LIMA NETO CRM 11966-CE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

Nº Pedido: 33057310

Data 19/09/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento.: 16/07/1988 Sexo: M RG.: 2004009066881 SSP CE CPF.: 01969264322

Endereço...: R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel.: 987534117

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula.: 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) IGOR RABELO DE SALE

CFNTRIO CIRURGICO

Queixa Principal:

INTERNACAO

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUEAS DIREITO

!a1IWE

RELATÓRIO:

6214385231

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

Demais aspectos inalterados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

*Cosmo013*

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

19.00.2019  
SERIE 17  
MAGNA 172



LOOSELETS

Q. 20%

↑ ↓ ← → POR 14:98  
PT182 25/11/2019



?

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

:26.25.96

SÉRIE: 1/3  
IMAGEM: 1/1

DATA DO EXAME: 12/11/2019

HOSPITAL ANA LIMA  
SÉRIE: 2/3  
IMAGEM: 1/1

HOSPITAL ANA LIMA  
SÉRIE: 3/3  
IMAGEM: 1/1

HOSPITAL ANA LIMA  
SÉRIE: 4/3  
IMAGEM: 1/1

a

c

b



POR 12x4  
DPI2 25/1/2019

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 824206/15	
Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº 43104595 21/08/2019 às 22:46		

## ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE RETORNA COM MELHORA DE DOR APÓS ANALGESIA

[1]

DEIXA-ME DÚVIDA AO ANALISAR, EM RADIOGRAFIA,  
POSSIBILIDADE DE FRATURA EM OSSOS DO CARPO DIREITO  
ASSIM, ORIENTO PROCURAR ATENDIMENTO NESTA UNIDADE COM  
TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃCD:  
ANALGESIA  
ATESTADO MÉDICO 3 DIAS  
PROCURAR ATENDIMENTO COM TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃ

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO  
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO  
ESPECIFICADOS

[1]

99

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO  
ESPECIFICADOS

[1]

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO  
ESPECIFICADOS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUARIO  
*Gláuber Melo*  
 Assinatura

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61475940

Prontuário: 11762736

Posto:

Leito: /

Profissional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]

Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21

## ANAMNESE

## Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE. ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME

[1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE  
ESCORIAS EM REGIÕES SUPRACITADASHD  
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURACD  
ANALGESIA  
RADIOGRAFIA

## Queixa Principal

## Diagnóstico Inicial

43 DOR  
MUSCULOESQUELÉTIC  
A

[1]

## CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

## Alergias

Não

[1]

## Medicação Em Uso

Não

[1]

## Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

## DIAGNÓSTICO

## CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

## CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Glauher Correia Meio

Assinatura

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
61502878



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

22/08/2019 22 03 26

Prontuário	Nome do Paciente			Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA			M	16/07/1988	31
RG	CPF	Carteira Profissional			Estado Civil	
2004009066881 SSP CE	1969264322				2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732150						
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe				
987534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA				

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116300- RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/08/2019	19:57		
Médico Atendente	Clínica		
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA	5 PQA (CENTRO CIRURGICO)		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA		
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
50339000095000014			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação			Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01			03
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição	
41946003	99996666	D25824578	INTERNACAO	
41946003	30721180	D25824578	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENTA	

## NOTA DE SALA

473550

Atendimento:	61502878	Prontuário:	11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s) :	30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INC			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Tipo Anestesia:	SEDACAO
Equipe Médica:	CIRURGIAO		1776126	BRUNO MOTA ALBUQUERQUE	CRM 11736
	ANESTESISTA		3927954	EUZIANE LOPES SILVA	CRM 171012
	CIRCULANTE		3132870	KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS	COREN 875867
	INSTRUMENTADORA		1408321	ANA PAULA GOMES	COREN 544404

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
<b>Materiais Médico-Hospitalares</b>					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	2	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	120105	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ AMPL 20ML AMPL 20 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	43290	RINGER CILACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
51055	ALGODAO ÓRTOPEDICO (ATAD 10CM) ROLO 1 UD	2	43800	SORO FISIOLOGICO 0 9% 500 ML TUBO 500 ML	2
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5			
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3			
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	2			
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 130X1.60 - 1 UD	2			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135866	CLOREXEDINA 0 5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250	19	<b>Gases / Aparelhos</b>	
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	20	TAXA DE SALA	Inicio 21 50 Fim 22 30
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERL C/5 UD - 1 UD	4	06	OXIGENIO	Inicio 21 50 Fim 22 30
134084	EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 UD	1	22	MONITORIZAÇÃO	Inicio 21 50 Fim 22 30
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	60		OXIMETRO DE PULSO	Inicio 21 50 Fim 22 30
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINO - 1 UD	1			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
105112	LATEX SIUCONIZADO - 1 MT	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	2			
30660	LUVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	2			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	2			
30724	MAIHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	120			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLO CAMADA C/10 PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50			
50849	PROPESES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
50681	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

# FICHA DE ANESTESIA



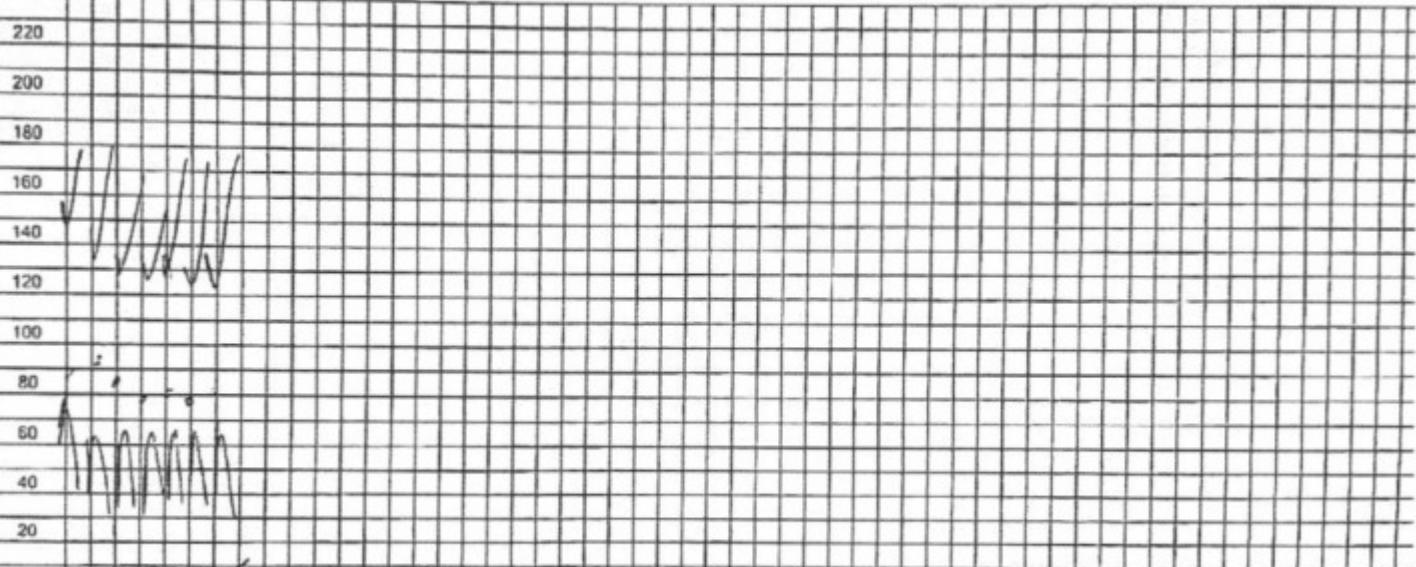
**ANTONIO  
PRUDENTE**

Name:	Gilson NASCIMENTO DA SILVA	Data:	22/08/13
Idade:	31	Peso:	73kg
Prontuário:	11762736	Convênio:	HAPVIDA
Diagnóstico:	FISTULA DE PULSO DIREITO	Anestesia:	SEDACAO
Cirúrgia:	RECONSTRUCAO DIREITO	Dr. Anestesiologista:	DR. GILSON VITOLA
Cirurgião:	DR. GILSON VITOLA	ASA:	I

A	Hora	00	23.00
G	O <sub>2</sub>		
E	N <sub>2</sub> O		
N	Ar		
T	FAT	100mmHg	
E	CET	20mg	
S	Paco	7-7	

LÍQUIDOS *RK*

CARDIOSCOPIO	PRESSAO NAO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSAO INVASIVA
SAT O <sub>2</sub>	97	100	100	
ETC O <sub>2</sub>				
PVC				



DROGAS		EVENTO	
1 Fentanyl	8	A	Ulc. Tumoral + Cefek-45
2 Cetamina	2	B	Scopan
3 Proacet	5	C	
4 Diclofenac	50	D	
5 Nalidixic	500	E	
6		F	
7		G	
8		H	
9		I	
10		J	

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação	Oro	Naso	Sonda:
LÍQUIDO	500							

Condição final op: <i>GG, EUPLEN, essencial.</i>	Ass. Anestesiista - CRM <i>Euziane Lopes Silva CRM-CE 20200</i>
Intercorrências per. op: <i>GRAMINIFUSO PI RPA.</i>	

FICHA DE ANESTESIA REF: 74411

## BOLETIM DE CIRURGIA

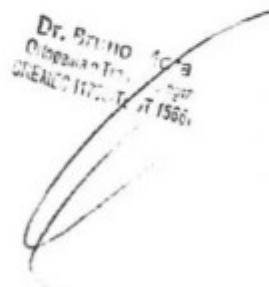
Pagina

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	
Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]	Nº: 43154003	22/08/2019	às 22:46

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Clínico	S630
Diagnóstico Cirúrgico	S630
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	22/08/2019
Hora Da Cirurgia	22:46
Cirurgia	redução Incruenta do punho
Cirurgião	bruno mota
Descrição Cirúrgica	paciente em ddh sob sedação realizado redução Incruenta do punho checado sob intensificador de imagens tala axilo aplimar a rpa
Códigos Dos Procedimentos	30721180



Dr. Bruno Mota  
Operador Técnico  
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR  
CRM 11736 [1]

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61502878 Prontuário: 11762736  
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/3  
 Profissional(is): KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 43152912 22/08/2019 às 22:05  
 COREN 675867 [1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	
Identificação Do Paciente	SIM.
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	NÃO SE APLICA.
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO SE APLICA.
Via Aérea Difícil	NÃO.
Confirmação De Vaga Em Util	NÃO SE APLICA.
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	SIM
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.
Lateralidade Do Procedimento	Direita
Paciente Certo	SIM.
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.
Procedimento	SIM.
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS	
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	NÃO
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO	
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM

Dr. Bruno Tora  
 Cirurgião + Tora  
 LACCHIATE 278  
 04530-001  
 31-3771-5661

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019:

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

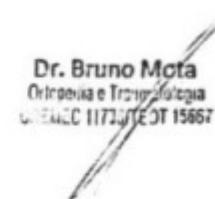
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NÃO SE APLICA	[1]
Preenchimento De Gulas E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	DORSAL	[1]

Dr. Bruno Mota  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SC 11733 / CRD 15667



## PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Pagina 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Lelto: 133410/3	
Profissional(is): BRUNO MOTTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]		Nº: 43153944	22/08/2019 às 22:44

## IDENTIFICAÇÃO

Nome	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Sexo	Masculino	[1]
Idade	31 A 1 M	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nº Atendimento	61502878	[1]

## DADOS DO PACIENTE

## MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
----------------	-----------------------	-----

## COMORBIDADES

## GRAU DE INDEPENDÊNCIA

## IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

## OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	redução incruenta do corpo	[1]
-----------	----------------------------	-----

## OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

## ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	1 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Plano de Tratamento  
CENTEC 11/2019 171561  
[Signature]

NOME COMPLETO: GILVAN VARGAS MACHADO		DATA NASC: 16/10/88		IDADE:	PESO:	SEXO: M		
CIRURGIA REALIZADA: Ressecção, amputação		CIRURGIAO:		HORA DA ENTRADA NA RPA				
HORA	PA (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (irpm)	TEMPERATURA (°C)	GLICEMIA (mg/dL)	SPO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
22.30	154x76	35 bpm	14 irpm	34,5°C	—	100%	0	Alucin 1267812
23.25	153x74	36 bpm	19 irpm	34,6°C	—	100%	0	Alucin 1267812
23.30	139x73	87 bpm	14 irpm	34,8°C	—	100%	0	Alucin 1267812
23.15	155x74	93 bpm	18 irpm	35,2°C	—	99%	0	Alucin 1267812
23.30	143x68	90 bpm	18 irpm	35,4°C	—	99%	0	Alucin 1267812
OD.01	140x69	80 bpm	12 irpm	35,8°C	—	99%	0	Alucin 1267812
10.30	135x78	100 bpm	13 irpm	35,9°C	—	100%	0	Alucin 1267812
ÍNDICE DE ALDRETE E KROLIK								
Movimenta os quatro membros	2							
Move os dois membros	1							
E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0							
E capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2							
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1							
Tem apneia	0							
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2						
Consciência	PA em 20-49% do nível anestésico	1						
Saturação de O <sub>2</sub>	PA em 50% do nível pré-anestésico	0						
OBSERVAÇÃO MÉDICA								
Paciente liberado da RPA em 35G, eufúrica, consciente, Níveis de náuseas-mônio baixas.					HORARIO DA ALTA DA RPA: 01/06/2016			
E capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior que 92% respirando em ambiente					MEDICO(A): <u>Luis Henrique Costa de Oliveira</u> Quim. Anestesiologista CRM: 1470 CRM: 1470 CRM: 1470 CRM: 1470			
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%					ENFERMEIRO(DA): <u>José Luiz Góes</u> Quim. Enfermeiro CRM: 1470 CRM: 1470 CRM: 1470 CRM: 1470			
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio					DATA: 23/08/119			
					Nº PRONTUÁRIO: _____			



(Preencher quando não houver exigida)

Nome completo (paciente)

CPF:

Data de Nasc.: / /

Médico:

CRM:

Gilber nozimento

Faz bem pra você

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual seréi submetido(na) nesta Instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta Instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico \_\_\_\_\_ Scop 12 ou a seguinte alternativa anestésica \_\_\_\_\_ Genal

Declaro ainda que:

- 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 anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- 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.
- 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.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista 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).
- 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

Confirme que li/e a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, comprehendo 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 Agosto de 2013

Hora: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme 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.

Euziane Lopes Silva  
CRM: 10290  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome legível, CRM e visto com selo/cármbio com CRM e visto



Faz bem pra você

## FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
73kg	170cm					Sólidos	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
						Líquidos	Criança 0 1 2 3 4 5

CIRUGIA/PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO CLÍNICA																	
Cardio-circulatório		<input type="checkbox"/> Negativo															
Tolerância ao exercício		<input type="checkbox"/> Valvulopatia		<input type="checkbox"/> Negativo													
<input type="checkbox"/> Hipertensão		<input type="checkbox"/> Arritmia		<input type="checkbox"/> Quimioterapia													
<input type="checkbox"/> Angina		<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Radioterapia													
<input type="checkbox"/> Coronaropatia		<input type="checkbox"/> DVP															
<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio		<input type="checkbox"/> AAA															
<input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca																	
<input type="checkbox"/> Outras																	
Respiratório		<input type="checkbox"/> Negativo															
<input type="checkbox"/> Dependência O <sub>2</sub>		<input type="checkbox"/> Asma															
<input type="checkbox"/> Apnéia do sono		<input type="checkbox"/> Tuberculose															
<input type="checkbox"/> RVAS recente		<input type="checkbox"/> DPOC															
<input type="checkbox"/> Expectoração																	
<input type="checkbox"/> Outras																	
GastroIntestinal/hepático		<input checked="" type="checkbox"/> Negativo															
<input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico		<input type="checkbox"/> Gastrite		<input type="checkbox"/> Negativo													
<input type="checkbox"/> Úlcera péptica		<input type="checkbox"/> Hepate															
<input type="checkbox"/> Vômito/ diarréia		<input type="checkbox"/> Colite															
<input type="checkbox"/> Hérnia de hiato		<input type="checkbox"/> Cirrose															
<input type="checkbox"/> Obst. Intestinal																	
<input type="checkbox"/> Outras																	
Neuroológico		<input type="checkbox"/> Negativo															
<input type="checkbox"/> Convulsões		<input type="checkbox"/> AVC		<input type="checkbox"/> Negativo													
<input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza		<input type="checkbox"/> Cefaléia															
<input type="checkbox"/> Lesão medular		<input type="checkbox"/> PIC															
<input type="checkbox"/> Outras																	
Renal		<input checked="" type="checkbox"/> Negativo															
<input type="checkbox"/> Doença renal crônica		<input type="checkbox"/> Diálise															
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal																	
<input type="checkbox"/> Outras																	
Hematológico		<input checked="" type="checkbox"/> Negativo															
<input type="checkbox"/> Transfusão prévia		<input type="checkbox"/> Coagulopatia															
<input type="checkbox"/> Plaquetopenia		<input type="checkbox"/> Anemia															
<input type="checkbox"/> Outras																	
Músculo esquelético		<input checked="" type="checkbox"/> Negativo															
<input type="checkbox"/> Dor lombar		<input type="checkbox"/> Artrite															
<input type="checkbox"/> Musculodistrofia																	
<input type="checkbox"/> Outras																	
Endócrino		<input checked="" type="checkbox"/> Negativo															
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo																	
<input type="checkbox"/> Patologia da tireóide																	
<input type="checkbox"/> Outras																	
Comentários sobre os achados																	
EFG normal																	
Avaliação Clínica																	
Exame Físico																	
Cardíaco <u>Nor</u>																	
Resp. <u>Nor</u>																	
Neuro <u>Nor</u>																	
Regional <u>Nor</u>																	
Outro _____																	
Laboratório																	
<table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Nz</td> </tr> <tr> <td><u>160</u></td> <td><u>457</u></td> <td><u>Nz</u></td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr> <td><u>3.7</u></td> <td><u>320 mil</u></td> <td><u>110</u></td> </tr> </table>						Hb	Ht	Nz	<u>160</u>	<u>457</u>	<u>Nz</u>	K	Plaquetas	Glicose	<u>3.7</u>	<u>320 mil</u>	<u>110</u>
Hb	Ht	Nz															
<u>160</u>	<u>457</u>	<u>Nz</u>															
K	Plaquetas	Glicose															
<u>3.7</u>	<u>320 mil</u>	<u>110</u>															
Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)																	
<table border="1"> <tr> <td><u>NEGA</u></td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>						<u>NEGA</u>											
<u>NEGA</u>																	
Via aérea																	
História de via aérea difícil																	
<table border="1"> <tr> <td>□ Sim</td> <td>□ Não</td> </tr> </table>						□ Sim	□ Não										
□ Sim	□ Não																
Mallampati																	
<table border="1"> <tr> <td><u>EI</u></td> <td><u>II</u></td> <td><u>III</u></td> <td><u>IV</u></td> <td><u>V</u></td> </tr> </table>						<u>EI</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>							
<u>EI</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>													
Distância esterno/mento _____ cm																	
Dentição/Prognatismo																	
Outros																	
Hemorragias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo																	
Tipagem solicitada _____																	
Reserva de _____ U Conc. Glob																	
Avaliação ASA																	
<table border="1"> <tr> <td><u>I</u></td> <td><u>II</u></td> <td><u>III</u></td> <td><u>IV</u></td> <td><u>V</u></td> <td><u>VI</u></td> </tr> </table>						<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>	<u>VI</u>						
<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>	<u>VI</u>												
Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não																	
Planejamento Anestésico																	
<table border="1"> <tr> <td><u>com PCP</u></td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>						<u>com PCP</u>											
<u>com PCP</u>																	
Data: <u>02/10/13</u>																	
<table border="1"> <tr> <td><u>05207-25-1147</u></td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>						<u>05207-25-1147</u>											
<u>05207-25-1147</u>																	

#### **Comentários sobre os achados**

sobre os achados  
366 verso

02/08/13

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente		
Nome do paciente	Gelson Nascimento da Silva		
Data de nascimento	16/07/1988		
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Ana Cristina (Cunha)		
Procedimento a ser realizado	Fractura de Pente		

Gelson Nascimento da Silva  
16/07/1988  
Ana Cristina (Cunha)  
Fractura de Pente

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

Perguntas	Sim	Não	Outros	
Fez jejum?	X		Ihug em 07:00hrs	
Possui alergia a medicação?	X			
Faz uso de alguma medicação?	X			
Problemas cardíacos?	X			
Tem diabetes?	X			
Hipertensão Arterial?	X			
Adornos/próteses	X			
Cirurgias anteriores	X			
Identificação com pulseira	X		MSG	

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

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

Não se aplica

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

3. Termos:

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

Local e data: FORTALEZA 22/03/19 Horário: 07:55

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Adriana Cristina Pereira de Souza

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Adriana Eufrásio das Chagas

COREN-CE 1267812 - TE

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 20:04

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404505	22/08/2019 às 20:01	
Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	Enfermeiro(a):	VIVIANE MARA COSTA VIANA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1]			

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

## TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Melhorado:	[1] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Melhorado:	[1] OK
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Melhorado:	[1] OK

## 3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Melhorado:
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A	

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS  
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Melhorado:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Melhorado:

Viviane Costa Viana  
COREN/CE 308612 ENF



## PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 08:05 PM  
viviane.viana

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404543	22/08/2019 às 20:04	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Lelito: 133410/3		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NIVEL DE ORIENTACAO	ENTENDIDO		
Nível de Consciência	ENTENDIDO		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFORTAVEL	ENTENDIDO		
ACESSO VENOSO PÉRvio E IDENTIFICADO	ENTENDIDO		
INTEGRIDADE FÍSICA E MENTAL	ENTENDIDO		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Viviane M.C. Viana  
CIRURGIA

 <b>ANTONIO PRUDENTE</b>	<b>AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO</b>		
	Código: <b>FORMULÁRIO: 013</b>	Setor: <b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Página: <b>1 de 1</b>
		Data de Revisão: <b>10/09/2018 - V 01</b>	
		Data da Elaboração: <b>20/03/2017</b>	

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Júlio Nascimento da S. DATA DO NASCIMENTO / /   
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Eny. DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO 22/08/12

**ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”**

<input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem? <input type="checkbox"/> História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas? <input type="checkbox"/> Alimenta-se apenas por sonda? <input type="checkbox"/> Escorre alimento pela boca? <input type="checkbox"/> Demora muito para engolir? <input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir? <input type="checkbox"/> Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação? <input type="checkbox"/> Há tosse com líquido? <input type="checkbox"/> Há tosse e engasgo com líquido? <input type="checkbox"/> Não consegue engolir? <input type="checkbox"/> Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 +
<b>SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:</b>	

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

<b>RESULTADO:</b> <b>RISCO ALTO</b> <input type="checkbox"/>	<b>RISCO MODERADO</b> <input type="checkbox"/>	<b>RISCO BAIXO</b> <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA**

1. Pesquisa de fatores de risco de deficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decubito a 30° exceto em casos de contra indicação ou determinação expressa do médico assistente
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

 <b>ANTONIO PRUDENTE</b>	<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS</b>			Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: <b>FORMULÁRIO: 015</b>	Setor: <b>GESTÃO DA QUALIDADE</b>	Página: 1 de 1	Data da Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: <i>Gilson Nascimento</i> Nº do prontuário: <i>40</i> Letra: <i>S</i>	Data de Nascimento: <i>22/05/18</i> Data de admissão: <i>22/08/18</i> Data da realização da escala: <i>22/08/18</i>
--	---

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	①
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	①
		2	Doenças Crônicas	
C	Estado de consciência e orientação	2	Doenças oportunistas	①
		2	Uso de medicamentos	
D	Estado psico-cognitivo	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	①
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
E	Comprometimento Sensorial	2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações da locomoção	①
		4		
F	Mobilidade/equilibrio corporal	1	Alerta e calmo	①
		2	Depressivo	
G	Alterações nas eliminações	3	Ansioso	①
		4	Agitação psicomotora	
	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	①
		2	Dificuldade auditiva	
	Mobilidade/equilibrio corporal	3	Dificuldade visual	①
		4	Dificuldade sensorial	
	Alterações nas eliminações	1	Independente e sem fator de risco	①
		1	Acamado	
	Mobilidade/equilibrio corporal	1	Locome-se apenas com ajuda	①
		2	Locome-se com cadeiras de rodas	
	Alterações nas eliminações	3	Locome-se com ajuda de apoiros de marcha	①
		4	Locome-se se apoiando no mobiliário	
		1	Não	①
		4	Sim	
		<b>SOMA DOS PONTOS:</b>		①

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral previo	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmose
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia *
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diureticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corporea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX. hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

Fonte: Ministério da saúde/ANVISA/Fiocruz[Protocolo de Prevenção de Quedas,2013/Anexo-01]



**ANTONIO  
PRUDENTE**

RODRIGUES MELLO

Relação: 19/09/2019 06:08

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE

2.Hidratação Venosa

Fase Única

Nº Prescrição: 23817257

Leito: 133105

Dt. Rec. 16/07/1988

19/09/2019 às 06:04

Atendimento: 62143852

Prontoúrio: 11762736

Peso: 80,00 kg

3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g)

(D111)

Agua Destilada

Vol Total:

500 ml

mKcal/dia

500 ml

IFRAP

(IFRAP CI 1GR)

7,00 gts/min

Acesso Periférico

4. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1FRAP

(IFRAP CI 100MG)

88h

EV

CRM-13903

5. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2ML

(AMPL CI 100MG)

88h

EV

SN

CRM-13903

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

Agua Destilada

1000mg

2ML

(AMPL CI 500MG)

66h

EV

CRM-13903

7. PLAMEK (5,00mg/ml)

Agua Destilada

10mg

2ML

(AMPL CI 10MG)

66h

EV

CRM-13903

8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALVIO

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACCOCHOADA

10. PUNCAO CLINICO

11. SINUS VITIAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOWAC

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACCOCHOADA MÉDIO

15. COMPRESSÃO COM ÉTER

16. Ata em: 19/09/2019

Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

Profissional: CRM-13903

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

RP1541

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

IP: 192.85.4.101

19/09/2019 06:08

**CHECKLIST CIRURGIA SEGURA**

Página 1 de 1

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**
**Paciente:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**Dt. Nasc.:** 16/07/1988

**Atendimento:** 61500552

**Prontuário:** 11762736

**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ

**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI    **Leito:** 133227/1

**Profissional(is):** LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

**Nº:** 43145541    **Data:** 22/08/2019    **Hora:** 18:34

22/08/2019 18:35

**DADOS DA ADMISSÃO**
**Data Da Cirurgia**

22/08/2019

[1]

**Hora Da Cirurgia**

A DEFINIR

[1]

**Cirurgia**

PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

**ANTES DE ENCAMINHAR AO CC**
**Setor De Admissão Do Paciente**

EMERGÊNCIA

[1]

**Identidade Do Paciente**

SIM

[1]

**Avaliação Pré-Anestésica**

NÃO

[1]

**Realizados Protocolos De Instrumentais**

SIM

[1]

**Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião**

SIM

[1]

**Confirmação De Vaga Em Uti**

NÃO

[1]

**Exames Complementares**

SIM

[1]

**Retirada De Adornos/Próteses**

SIM

[1]

**Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia**

SIM

[1]

**Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia**

SIM

[1]

**Confirmação De Reserva De Sangue**

NÃO

[1]

**Tricotomia**

Não se aplica

[1]

**Banho Pre-Operatório**

SIM

[1]

**Paciente Refere Alergia**

NÃO

[1]

**Paciente Está Em Jejum**

SIM

[1]



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

22/08/2019 18:33

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

## SINAIS E SINTOMAS

## Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evoluí estável

[1]

HD PRÉ-OP DE PUNHO

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais e pendente resultado  
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV

PA 110X60

DX 88

FC 92

FR 18

T.37.5°C

AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

AOS CUIDADOS DA EQUIPE





## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 18:30

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762738
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23403462	22/08/2019 às 18:28	
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E	Leito: 133227/1	Enfermeiro(a):	LUANA VIEIRA CAMPOS
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

### 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

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

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1
Profissional(is): CLÁUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251	[1]	Nº: 43144821	22/08/2019 às 18:19

## CONTROLE VITais

## SINAIS VITais

T	37,5 °C	[1]
PA	110/60	[1]
FC	92 bpm	[1]
FR	18 rrpm	[1]

## OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	88 mg/dL	[1]
Sat O2	99 %	[1]

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	22/08/2019	[1]
Hora	18:20	[1]

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE

2. Hidratação Venosa

Soro Fisiológico 0,9% Fase Única

SORO FISIOLOGICO 0,9%

3. CEFAZOLINA SÓDICA (1,00g) (D111)

Agua Destilada

4. PROFENID IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

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

Agua Destilada

6. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Agua Destilada

7. PLAMET (5,00mg/ml)

Agua Destilada

8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALUMÍNIO

9. CURRÁTIVO MEDIO + SF + GAZE ACOLCHOADA

10. PUNÇAO CI JELCO

11. SINAS VITAS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENOS DE PORTOVAC

14. CURRÁTIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHADA MÉDIO

15. COMPRESSÃO COM ETÉTER

17. Ata em: 22/08/2019

Ata dada por: BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Profissional: CRM-11736

BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Emissão: 22/08/2019

Atendimento: 61502878

Prontuário: 1762736

Peso: 85,00 kg

CRM-11

# RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Pagina 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 43154135 22/08/2019 às 22:52

22/08/2019 2

## DIAGNÓSTICOS

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

## PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

redução Incruenta do carpo

[1]

Cirurgião

bruno mola

[1]

## ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado

Sim

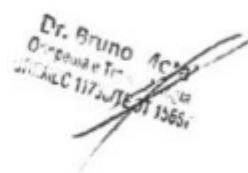
[1]

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

enc ao especialista em mao para cirurgia definitiva

[1]



Dr. Bruno  
Osteopatista  
CRM 11736  
LETO 133410/3

# EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Lelto: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 [1]

Nº: 43154044 22/08/2019 às 22:48

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

### Evolução Do Paciente

realizado redução incruenta do punho sem intercorrências

[1]

cd. orientações

imobilização

enc ao especialista em mao para programação cirurgica  
alta hospitalar as 23:30h

CID 10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

Dr. Bruno Mota  
CRM 11738  
Lelto 133410/3

22/08/2019

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA

22/08/2019 23:53

Convênio HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc: 16/07/1980 Atendimento 61502878 Prontuário 11767136  
Posto RPA RECUPERACAO POS ANESTE Leito 222/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1] N° 43155220 22/08/2019 as 23:37

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

23/08/2019 G.N.S. 31 ANOS SEXO MASCULINO ADMITIDO NA RPA NO POI DE REDUÇÃO INCRUENTA DO PUNHO COM DR BRUNO MOTA E SOB ANESTESIA SEDAÇÃO COM DRA EUZIANE ENCONTRA SE ACORDADO CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE COM AVP EM MSE E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS AUSENTES NO PERÍODO SSVV PA 148 X 68 MMHG FC 90 BPM FR 17 MRPM SATO 99% MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATÉ A ALTA HOSPITALAR PREVISTA PARA APOS A RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA ENF. JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

## AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 a 10)

0

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



Sarah Joliana Saunders Guedes  
COREN-CE 521482 Enf

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 23:54

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61502078 Prontuário: 11762736  
Convênio: HAPVIDA MATRIZ N° Prescrição: 23406395 22/08/2019 as 23:54  
Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES Leito: 222/1 Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES  
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CIRURGICO  
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1]

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRURGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTAVEL

Má/ok/ado III OK

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Má/ok/ado III OK

## 3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXtenso OU PROLONGADO

SINAIS VITais

Má/ok/ado

  
Sarah Joliana Saunders Guedes  
COREN-CE 521482 ENF

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
22/08/2019 11:55 PM

Paciente	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI. Nasc	16/07/1988	Atendimento	01502878	Prontuário	11762736
Convênio	HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição	23406405	22/08/2019 às 23:55			
Posto	RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito	272/1				
Avaliação	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)						
Profissionais	SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 5214BZ)						
1 - ADMITIR/INSTALANDO							
OXIMETRO DE PULSO	Normal						
MONITOR CARDÍACO	Normal						
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO							
PADRAO RESPIRATÓRIO	Normal						
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							

  
Sarah Joliana Saunders Guedes  
coren-CE 5214BZ FNR



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**61500552**

**!U(W"**

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/09/2019 17 50 50

Prontuário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 2004009066881 SSP CE	CPF 1969264322	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço				
R PADRE ITAPUA,1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150				
Telefone Residencial 987534117	Telefone Trabalho			

**DADOS DO CONVENIO**

Convenio	22 HAPVIDA_MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira 50339000095000014	Validade		

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Setor	116800- RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data 22/08/2019	Hora 17:12	Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente 2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA			Clinica 6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

CONFERE O PRONTUÁRIO  
LEANDRO 21082  
Assinatura

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 5

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 17:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]	Nº: 43142294 22/08/2019 às 17:21		

## ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA LUXACAO DOS OSSO DO CARPO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

## DIAGNÓSTICO

CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERIR PRONTUÁRIO

LEANDRO\_Z1082  
*(Assinatura)*

## RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]		Nº: 43142336	22/08/2019 às 17:22

## IDENTIFICAÇÃO

Nº Atendimento	61500552	[1]
Nome Completo	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nome Da Mãe	MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data Da Internação	22/08/2019	[1]

## HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA

## SINAIS VITais

FC	80 bpm	[1]
----	--------	-----

## DUTROS DADOS E SINAIS

## COMORBIDADES

## DIAGNÓSTICO

CID Principal	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
---------------	-----------------------	-----

## PARECER DO ESPECIALISTA

## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Plano Terapêutico	REDUCAO + FIXACAO DE LUXACAO PUNHO	[1]
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.	[1]

CONFIRME O PROTOCOLO

LEANDRO 21082

Assinatura

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Letto: 133227/1

Profissional(is): CLAUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251 Nº: 43144821 22/08/2019 às 18:19  
[1]

## CONTROLE VITAIS

## SINAIS VITAIS

T	37,5 °C	[1]
PA	110/60	[1]
FC	92 bpm	[1]
FR	18 rrpm	[1]

## OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	88 mg/dL	[1]
Sat O2	99 %	[1]

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	22/08/2019	[1]
Hora	18:20	[1]

CONFIRME DATA/HORA  
LEANDRO 21082  
Assinatura

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lelito: 133227/1

Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE COREN 786044 [1]

Nº: 43145261 22/08/2019 ÀS 18:28

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE PUNCAO C/ JELCO REALIZADO AS 18:28, EM 22/08/2019 POR [1]  
SUPORTE MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 786044

### AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clínico [1]

CONFIRA O PRONTUÁRIO

LEANDRO Z1082  
Assinatura

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lelto: 133227/1

23/08/2019 16:57

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

## SINAIS E SINTOMAS

## Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evolui estável

[1]

HD: PRÉ-OP DE PUNHO

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais e pendente resultado.  
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV.

PA: 110X60  
DX: 88  
FC: 92  
FR: 18  
T: 37.5°C

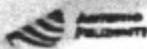
AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA.

AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

CONFIRMO

LEANDRO - 210.82

Assinatura



# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Letto: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A) COREN 39973 [1]

NP: 43145541 22/08/2019 às 18:34

23/08/2019 17:00

**DADOS DA ADMISSÃO**

Data Da Cirurgia	22/08/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRE-OP DE PUNHO	[1]

**ANTES DE ENCAMINHAR AO CC**

Setor De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	[1]
Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	NÃO	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM	[1]
Demarcação Da Lateraldade Pelo Cirurgião	SIM	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO	[1]
Exames Complementares	SIM	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	SIM	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO	[1]
Tricotomia	Não se aplica.	[1]
Banho Pre-Operatório	SIM	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM	[1]

LEANDRO ZLOZ  
10/08/2019

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 17:00

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

NP: 43145615 22/08/2019 à 18:35

## PACIENTE

Data De Admissão

22/08/2019

[1]

## PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Emergência.

[1]

Data Da Cirurgia

22/08/2019

[1]

Procedimento Cirúrgico Proposto

PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

Pulseira De Identificação

MSD

[1]

Comorbidades

NEGA

[1]

Nome, dosagem, frequência

NEGA

[1]

Alergia- Descrição

NEGA

[1]

Tabagista

NÃO

[1]

Etílico

NÃO

[1]

Cirurgias Anteriores

Não

[1]

Avaliação Das Condições Emocionais

Cooperativa.

[1]

Orientações Ao Paciente

Cirurgia

[1]

Reserva de Hemoderivados

Não

[1]

Reserva de Hemoderivados

Higienização

Sim

[1]

Adornos, Esmaltes E Maquilagem

Sim

[1]

Exames E Procedimentos

Sangue

[1]

## NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum

Sim

[1]

## ELIMINAÇÕES

Urinárias

Presente

[1]

## COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir

NÃO

[1]

Compreender

NÃO

[1]

Memorizar

NÃO

[1]

Falar

NÃO

[1]

CONFIRMO

LEANDRO Z1082

Assinatura



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**61612065**

**!`7d"**

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/09/2019 17:50:30

Pronluário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA		Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 2004009066881 SSP CE	CPF 1969264322	Carteira Profissional		Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA, 1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150					
Telefone Residencial 987534117	Telefone Trabalho				

**DADOS DO CONVENIO**

Convenio			
22 HAPVIDA_MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -		COLETIVO
Carteira 50339000095000014	Validade		

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 27/08/2019	Hora 15:18	Matricula	Tipo Atendimento 4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente 2585251 FILIPE SANCHO DE MÂCEDO	Clinica 6-TRAUMATOLOGICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA-(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61612065 Prontuário: 11762736  
Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ Posto: Leito: /  
Profissional(is): FILIPE SANCHÔ DE MÂCEDO CRM.15158 [1] Nº: 43361013 27/08/2019 às 15:22

## ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA DE PUHO DIR	[1]
Queixa Principal	EM CAOMPANHAMENTO COM IGOR RABELO	
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
CID10	S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

19/09/2019 03:28:10

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

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA		M	16/07/1988	31
RG	CPF		Carteira Profissional	Estado Civil	
2004009066881 SSP CE	1969264322			2-SOLTEIRO	
Endereço					

R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732160

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
287534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA

## DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	Nome do Paciente		Type Documento
16300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			<i>DayClinic</i>
Data	Hora	Matricula	Clinica
9/09/2019	03:18		4-CIRURGICA
Médico Atendente			Tipo Atendimento
1004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE			O INTERNACAO
Médico Acompanhante			
1004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE			
Intervenção médica			

59109

## DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA
22-HAPVIDA_MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
50339000095000014		

## DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA OC 01	05

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
I362514	99996666	D28045871	INTERNACAO
I362514	30731097	D28045871	TENOLISE NO TUNEL OSTE FIBROSO
I362514	30732026	D28045863	ENXERTO OSSEO
I362514	30722888	D28045864	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFÓIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 20
			Material - 99835336 - PARAFUSO DE HERBERT - QTDE: 1
			Material - 89902506 - MINI ANCORA - QTDE: 1
I362514	30737052	D28045865	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #



## NOTA DE SALA

12109

4751098

Atendimento:	62143852	Prontuário:	11762738	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	4951098
Cirurgia(s) :	30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEÓ FIBROSO		Tipo Anestesia:	HAPVIDA_MATRI
	30732026	ENXERTO OSSEO		30722888	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
30737052	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #				
Sala Cirúrgica:	SALA CC 04		Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.: 219
Equipe Médica:	CIRURGIAO		2004330	IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	CRM 13903
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO		48849251	EDUARDO GUÉDES VIDAL SANTOS	CRM 11104
Código Especificação	Qtde	Código	Especificação		
Materials Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720 AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	34290	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML		
51373 AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	99144	ANTAK 2ML AMPL 2 ML		
32855 AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	38008	DIPRORINA 1 G 2 ML AMPL 2 ML		
324855 AGULHA STIMUPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	4	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML		
334866 AGULHA STIMUPLEX 100 G -21X4 - 1 UD	1	48593	GUCOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML		
31739 ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	1	48574	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR		
51063 ALGODAO HIDROFIL - 500 GR	50	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD		
51055 ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	60	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML		
27928 ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL CII - 1 UD	2	91537	NAROPIN SP 10MG 20 ML FRAP 20 ML		
27944 ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	5	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML		
10074 ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	3	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD		
52352 CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	3	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML		
31868 CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML		
01633 CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	45233	XYLOCAINA CIAD 2% 20 ML FRAP 20 ML		
0198 CAUTERIO INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1				
0201 CAUTERIO INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1				
35865 CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150				
35866 CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150				
12712 CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200	19	Gases / Anarelihos		
58880 COMPRESSA OPERATORIA 25X20 ESTERIL CIS UD - 1 UD	2	4	TAXA DE SALA	Inicio: 06:30	Fim: 08:00
34084 EQUIPO SIMPLES CANNETOR LATERAL - 1 UD	1	20	TREPANO	Inicio: 06:30	Fim: 08:00
0997 ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50	15	OXIGENIO	Inicio: 06:30	Fim: 08:00
30804 EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1	16	BISTURI ELETRICO	Inicio: 06:30	Fim: 08:00
19495 FIO MONONYLON (1168) - ETHILON* BLK 5-0 ENV 1 UD	2	22	MONITORIZAÇÃO	Inicio: 06:30	Fim: 08:00
18818 FIO J&J POLYCOT (SPA43T) - POLYCOT* BLUE 3-0 ENV 1 UD	1	25	OXIMETRO DE PULSO	Inicio: 06:30	Fim: 08:00
2247 FIO J&J VICRYL (J406H) - VICRYL* VLT 3-0 70CM - 1 UD	1		STIMUPLEX	Inicio: 06:30	Fim: 08:00
1879 FIO KIRSCHNER - 1 UD	1				
31606 FIO Q & J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1				
33505 GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5				
0857 GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5				
13220 IFFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1				
0954 LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1				
0938 LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1				
05112 LATEX SILICONIZADO - 1 MM	4				
1635 LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4				
1651 LUVA DESC ESTERI N-7,0 - 1 PA	3				
1660 LUVA DESC ESTERI N-7,5 - 1 PA	4				
1678 LUVA DESC ESTERI N-8,0 - 1 PA	1				
1822 MASCARA DESCARTAVEL TRIPLO CAMADA CITRAS PCT 50 UD	5				
004 MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	30				
7683 PARAFUSO DE HERBERT - 1 UD	1				
849 PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD	5				
902 SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1				
848 SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1				
856 SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2				
864 SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2				
072 SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3				
881 TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	3				
7256 TRANSOFIX - 1 UD	1				
430 ULTRA GEL GL 5000 GR	30				

Date: 18/09/2019

**Classeificadas:** IGOR BARBOSA DE SALES ANDRADE - Arquitetura, Urbanismo e Planejamento Urbano - BIM - 1º semestre 2018

Intercorrelaciones per. op:

A	HORA	CARDIOSCOPIO	PRESSAO NAO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSAO INVASIVA	SAT O <sub>2</sub>	ETCO <sub>2</sub>	VVG	Ulipidos	100	120	140	160	180	200	220	240	260	280	300	320	340	360	380	400	420	440	460	480	500	520	540	560	580	600	620	640	660	680	700	720	740	760	780	800	820	840	860	880	900	920	940	960	980	1000	1020	1040	1060	1080	1100	1120	1140	1160	1180	1200	1220	1240	1260	1280	1300	1320	1340	1360	1380	1400	1420	1440	1460	1480	1500	1520	1540	1560	1580	1600	1620	1640	1660	1680	1700	1720	1740	1760	1780	1800	1820	1840	1860	1880	1900	1920	1940	1960	1980	2000	2020	2040	2060	2080	2100	2120	2140	2160	2180	2200	2220	2240	2260	2280	2300	2320	2340	2360	2380	2400	2420	2440	2460	2480	2500	2520	2540	2560	2580	2600	2620	2640	2660	2680	2700	2720	2740	2760	2780	2800	2820	2840	2860	2880	2900	2920	2940	2960	2980	3000	3020	3040	3060	3080	3100	3120	3140	3160	3180	3200	3220	3240	3260	3280	3300	3320	3340	3360	3380	3400	3420	3440	3460	3480	3500	3520	3540	3560	3580	3600	3620	3640	3660	3680	3700	3720	3740	3760	3780	3800	3820	3840	3860	3880	3900	3920	3940	3960	3980	4000	4020	4040	4060	4080	4100	4120	4140	4160	4180	4200	4220	4240	4260	4280	4300	4320	4340	4360	4380	4400	4420	4440	4460	4480	4500	4520	4540	4560	4580	4600	4620	4640	4660	4680	4700	4720	4740	4760	4780	4800	4820	4840	4860	4880	4900	4920	4940	4960	4980	5000	5020	5040	5060	5080	5100	5120	5140	5160	5180	5200	5220	5240	5260	5280	5300	5320	5340	5360	5380	5400	5420	5440	5460	5480	5500	5520	5540	5560	5580	5600	5620	5640	5660	5680	5700	5720	5740	5760	5780	5800	5820	5840	5860	5880	5900	5920	5940	5960	5980	6000	6020	6040	6060	6080	6100	6120	6140	6160	6180	6200	6220	6240	6260	6280	6300	6320	6340	6360	6380	6400	6420	6440	6460	6480	6500	6520	6540	6560	6580	6600	6620	6640	6660	6680	6700	6720	6740	6760	6780	6800	6820	6840	6860	6880	6900	6920	6940	6960	6980	7000	7020	7040	7060	7080	7100	7120	7140	7160	7180	7200	7220	7240	7260	7280	7300	7320	7340	7360	7380	7400	7420	7440	7460	7480	7500	7520	7540	7560	7580	7600	7620	7640	7660	7680	7700	7720	7740	7760	7780	7800	7820	7840	7860	7880	7900	7920	7940	7960	7980	8000	8020	8040	8060	8080	8100	8120	8140	8160	8180	8200	8220	8240	8260	8280	8300	8320	8340	8360	8380	8400	8420	8440	8460	8480	8500	8520	8540	8560	8580	8600	8620	8640	8660	8680	8700	8720	8740	8760	8780	8800	8820	8840	8860	8880	8900	8920	8940	8960	8980	9000	9020	9040	9060	9080	9100	9120	9140	9160	9180	9200	9220	9240	9260	9280	9300	9320	9340	9360	9380	9400	9420	9440	9460	9480	9500	9520	9540	9560	9580	9600	9620	9640	9660	9680	9700	9720	9740	9760	9780	9800	9820	9840	9860	9880	9900	9920	9940	9960	9980	10000	10020	10040	10060	10080	10100	10120	10140	10160	10180	10200	10220	10240	10260	10280	10300	10320	10340	10360	10380	10400	10420	10440	10460	10480	10500	10520	10540	10560	10580	10600	10620	10640	10660	10680	10700	10720	10740	10760	10780	10800	10820	10840	10860	10880	10900	10920	10940	10960	10980	11000	11020	11040	11060	11080	11100	11120	11140	11160	11180	11200	11220	11240	11260	11280	11300	11320	11340	11360	11380	11400	11420	11440	11460	11480	11500	11520	11540	11560	11580	11600	11620	11640	11660	11680	11700	11720	11740	11760	11780	11800	11820	11840	11860	11880	11900	11920	11940	11960	11980	12000	12020	12040	12060	12080	12100	12120	12140	12160	12180	12200	12220	12240	12260	12280	12300	12320	12340	12360	12380	12400	12420	12440	12460	12480	12500	12520	12540	12560	12580	12600	12620	12640	12660	12680	12700	12720	12740	12760	12780	12800	12820	12840	12860	12880	12900	12920	12940	12960	12980	13000	13020	13040	13060	13080	13100	13120	13140	13160	13180	13200	13220	13240	13260	13280	13300	13320	13340	13360	13380	13400	13420	13440	13460	13480	13500	13520	13540	13560	13580	13600	13620	13640	13660	13680	13700	13720	13740	13760	13780	13800	13820	13840	13860	13880	13900	13920	13940	13960	13980	14000	14020	14040	14060	14080	14100	14120	14140	14160	14180	14200	14220	14240	14260	14280	14300	14320	14340	14360	14380	14400	14420	14440	14460	14480	14500	14520	14540	14560	14580	14600	14620	14640	14660	14680	14700	14720	14740	14760	14780	14800	14820	14840	14860	14880	14900	14920	14940	14960	14980	15000	15020	15040	15060	15080	15100	15120	15140	15160	15180	15200	15220	15240	15260	15280	15300	15320	15340	15360	15380	15400	15420	15440	15460	15480	15500	15520	15540	15560	15580	15600	15620	15640	15660	15680	15700	15720	15740	15760	15780	15800	15820	15840	15860	15880	15900	15920	15940	15960	15980	16000	16020	16040	16060	16080	16100	16120	16140	16160	16180	16200	16220	16240	16260	16280	16300	16320	16340	16360	16380	16400	16420	16440	16460	16480	16500	16520	16540	16560	16580	16600	16620	16640	16660	16680	16700	16720	16740	16760	16780	16800	16820	16840	16860	16880	16900	16920	16940	16960	16980	17000	17020	17040	17060	17080	17100	17120	17140	17160	17180	17200	17220	17240	17260	17280	17300	17320	17340	17360	17380	17400	17420	17440	17460	17480	17500	17520	17540	17560	17580	17600	17620	17640	17660	17680	17700	17720	17740	17760	17780	17800	17820	17840	17860	17880	17900	17920	17940	17960	17980	18000	18020	18040	18060	18080	18100	18120	18140	18160	18180	18200	18220	18240	18260	18280	18300	18320	18340	18360	18380	18400	18420	18440	18460	18480	18500	18520	18540	18560	18580	18600	18620	18640	18660	18680	18700	18720	18740	18760	18780	18800	18820	18840	18860	18880	18900	18920	18940	18960	18980	19000	19020	19040	19060	19080	19100	19120	19140	19160	19180	19200	19220	19240	19260	19280	19300	19320	19340	19360	19380	19400	19420	19440	19460	19480	19500	19520	19540	19560	19580	19600	19620	19640	19660	19680	19700	19720	19740	19760	19780	19800	19820	19840	19860	19880	19900	19920	19940	19960	19980	20000	20020	20040	20060	20080	20100	20120	20140	20160	20180	20200	20220	20240	20260	20280	20300	20320	20340	20360	20380	20400	20420	20440	20460	20480	20500	20520	20540	20560	20580	20600	20620	20640	20660	20680	20700	20720	20740	20760	20780	20800	20820	20840	20860	20880	20900	20920	20940	20960	20980	21000	21020	21040	21060	21080	21100	21120	21140	21160	21180	21200	21220	21240	21260	21280	21300	21320	21340	21360	21380	21400	21420	21440	21460	21480	21500	21520	21540	21560	21580	21600	21620	21640	21660	21680	21700	21720	21740	21760	21780	21800	21820	21840	21860	21880	21900	21920	21940	21960	21980	22000	22020	22040	22060	22080	22100	22120	22140	22160	22180	22200	22220	22240	22260	22280	22300	22320	22340	22360	22380	22400	22420	22440	22460	22480	22500	22520	22540	22560	22580	22600	22620	22640	22660	22680	22700	22720	22740	22760	22780	22800	22820	22840	22860	22880	22900	22920	22940	22960	22980	23000	23020	23040	23060	23080	23100	23120	23140	23160	23180	23200	23220	23240	23260	23280	23300	23320	23340	23360	23380	23400	23420	23440	23460	23480	23500	23520	23540	23560	23580	23600	23620	23640	23660	23680	23700	23720	23740	23760	23780	23800	23820	23840	23860	23880	23900	23920	23940	23960	23980	24000	24020	24040	24060	24080	24100	24120	24140	24160	24180	24200	24220	24240	24260	24280	24300	24320	24340	24360	24380	24400	24420	24440	24460	24480	24500	24520	24540	24560	24580	24600	24620	24640	24660	24680	24700	24720	24740	24760	24780	24800	24820	24840	24860	24880	24900	24920	24940	24960	24980	25000	25020	25040	25060	25080	25100	25120	25140	25160	25180	25200	25220	25240	25260	25280	25300	25320	25340	25360	25380	25400	25420	25440	25460	25480	25500	25520	25540	25560	25580	25600	25620	25640	25660</
---	------	--------------	----------------------	------------	-------------------	------------------	--------------------	-------------------	-----	----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------

PRUDENTE  
ANTONIO



## BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de

ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Nome: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Unidade: HAPVIDA\_MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762738

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Professional(is): ~~HAPVIDA MATRIZ~~ N°: 44380520 19/09/2019 às 07:54

19/09/2019 08

## DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S620

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S620

[1]

## DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

19/09/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

07:54

[1]

Cirurgia

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE ESCAFOIDE

[1]

Cirurgião

DR. IGOR RABELO

[1]

1º Auxiliar

DR. EDUARDO GUEDES

[1]

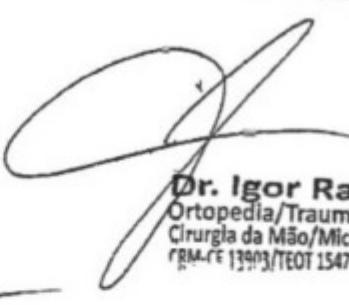
Descrição Cirúrgica

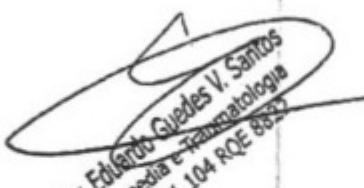
- 1) PACIENTE EM DDH + ANESTESIA REGIONAL
- 2) ANTISEPSIA + ASSEPSIA + CCE
- 3) REALIZADO INVENTÁRIO DA LESÃO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE DIREITO SOB ESCOPA
- 4) REALIZADO ACESSO VOLAR EM PUNHO DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS, TENOLISE DO FLEXOR RADIAL DO CARPO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE DIREITO.
- 5) REALIZADO RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE REGIÃO METAFISARIA DE RÁDIO DISTAL DIREITO PARA PREENCHIMENTO DE FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFÓIDE DIREITO
- 6) IDENTIFICADO LESÃO DO LIGAMENTO RADIOESCAFOCAPITATO E FIBROCARTILAGEM REALIZANDO-SE RECONSTRUÇÃO DESTES COM NYLON
- 7) PASSAGEM DE 01 PARAFUSO DE HEBERT EM ESCAFÓIDE NUMERO 22MM
- 8) VISUALIZADO SÍNTese SATISFATÓRIA SOB ESCOPA
- 9) LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA + HEMOSTASIA LOCAL
- 10) SUTURA POR PLANOS
- 11) CURATIVO LOCAL + TALA GESSADA
- 12) ENCAMINHO PACIENTE À CRPA

## Códigos Dos Procedimentos

30722888: TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFÓIDE  
 30732026: ENXERTO OSSEO  
 30737052: RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO  
 30731097: TENOLISE DE TUNEL OSTEOFIBROSO

[1]

  
**Dr. Igor Rabelo**  
 Ortopedia/Traumatologia  
 Cirurgia da Mão/Microcirurgia  
 CRM-CE 13803/TEOT 15474/RQE 9427

  
**Dr. Eduardo Guedes V. Santos**  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 11.104 RQE 8822

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 07:32

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143652

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11762736

Leito: 133410/5

Profissional(is): GERENDA D'INGOSTA LIMA JORGÉ TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN- RJ Nº: 44379515 19/09/2019 às 07:24  
1141107/[1]

## DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 19/09/2019 [1]

Hora Da Cirurgia 07:24 [1]

Cirurgia PSEUDOARTROSE [1]

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente SIM. [1]

Opme Checado Em Sala Cirúrgica SIM. [1]

Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica SIM. [1]

Alergias Do Paciente São Conhecidas Não. [1]

Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirúrgica SIM. [1]

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea Não. [1]

Via Aérea Difícil Não. [1]

Confirmação Da Vaga Em UTI Não. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia SIM. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia SIM. [1]

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião SIM. [1]

Verificação De Anestésica Concluída SIM. [1]

Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento SIM. [1]

## ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função SIM. [1]

Lateraldade Do Procedimento Direta. [1]

Paciente Certo SIM. [1]

Sítio Cirúrgico Identificado SIM. [1]

Procedimento SIM. [1]

## ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado SIM. [1]

Checagem Completa Dos Equipamentos SIM. [1]

Antibiotiocoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos SIM. [1]

Checagem Completa Das Medicações Anestésicas SIM. [1]

Esterilização Do Material Confirmada E Validada SIM. [1]

Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas SIM. [1]

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas SIM. [1]

## AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Nasc.: 18/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762738

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

19/09/2019 07:32

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

PREScrição MÉDICA

Emissão: 19/09/2019 06:15

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

1. DETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

Dt. Nasc. 16/07/1988

Nº Prescrição: 23817257

Lito: 1334105

Atendimento: 62143852

Prontuário: 1762736

Peso: 80,00 kg

CRM-13903

2. Infusão Venosa Fase Única

Vol Total: 500 ml

Acesso Periférico

CRM-13903

SORO FISIOLÓGICO 0,9% CEFAZOLINA SODÍCA (1,00g) (D11)

Agua Destilada

CRM-13903

3. CEFALOSPORINA IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

CRM-13903

4. CETOPIROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

CRM-13903

5. TRAMADOL (50,00mg/ml) Alta vigilância

Agua Destilada

CRM-13903

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

Agua Destilada

CRM-13903

7. PLAMET (5,00mg/ml)

Agua Destilada

CRM-13903

8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALVIM

SN

CRM-13903

9. CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-13903

10. PUNCAO C/ JECCO

SN

CRM-13903

11. SINAIS VITAIS

SN

CRM-13903

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-13903

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-13903

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MÉDIO

SN

CRM-13903

15. COMPRESSAO COM ETER

SN

CRM-13903

16. Ata dada em: 19/09/2019

Alta MELHORADO

CRM-13903

Profissional CRM-13903

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

Dr. Igor Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão/Micromicrocirurgia  
CRM-13903/RQE 9427



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
18/09/2019 09:34

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820268	19/09/2019 às 09:33	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Lote: 219/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]			

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Mantido:  OK

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido:  OK

## 3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITais

Mantido:

  
Sarah Joliana Saunders Guedes  
COREN-CE 521482 - EAD

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
18/09/2019 09:36 AM

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 15/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820318	19/09/2019 às 09:35	
Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS



Sarah Joliana Saunders Guedes  
COREN - CE 521482 EXP

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nas.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762735

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE

Leito:

219/1

Professional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] N° 44385017 19/09/2019 às 09:28

19/09/2019 09:33

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

09:28 - G.N.S., 31 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE FRATURA DO PUNHO DIREITO COM DR IGOR RABELO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO COM DR LUIZ FLÁVIO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE SEM QUEIXAS ALGÍCAS NO PERÍODO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE E CVP EM MSE CURATIVO INTEGRO, LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA SSVV PA. 135 X 76 MMHG, FC 82 BPM, FR 17 MRPM, SATO 100% MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENF JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

## AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 a 10)

0

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Joliana  
2023-09-19 09:28  
COREN-CE 521482-ENF

## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 06:06

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Lelito: 133410/5	
Professional(is): DR IGOR RABELO QUE SALES ANDRADE MEUSCOLI CRM 1303112	Nº: 44377476	19/09/2019	às 06:06

## DIAGNÓSTICOS

CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOÍDE] DA MÃO	[1]
-------	---	-----

## PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada	TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE DO ESCAFOÍDE	[1]
--------------------	--	-----

Cirurgião	DR IGOR RABELO	[1]
-----------	----------------	-----

Data da Cirurgia	19/09/2019	[1]
------------------	------------	-----

## ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado	Sim	[1]
--------------------	-----	-----

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Díeta	GERAL	[1]
-------	-------	-----

Exercícios	PROIBIDO	[1]
------------	----------	-----

Orientações Diversas	VIDE ORIENTAÇÕES EM ANEXO	[1]
----------------------	---------------------------	-----



Dr. Igor Rabelo  
Ortopedista / Traumatologista  
Cirurgião da Mão / Microcirurgia  
CRM-CE 1303112 / CRB-02 15474

## PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital | Antônio Prudente  
 Nome do paciente | Gelson Vassoura da Silva  
 Data de nascimento | 10/04/1988  
 Nome do(a) Responsável/Parentesco | Ana (noiva.)  
 Procedimento a ser realizado | Tendovise

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		20:30
Possui alergia a medicação?	X		
Faz uso de alguma medicação?	X		
Problemas cardíacos?	V		
Tem diabetes?	X		
Hipertensão Arterial?	X		
Adornos/próteses	X		
Cirurgias anteriores	X		Medicamento unknown
Identificação com pulseira	X		HST

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

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

Não se aplica

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

## 3. Termos:

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

Loc. da data | TORONELA | 10/10/19 | Horário

Assinatura do responsável ou responsável

Xisna eristha perera

Assinatura do responsável pela realização deste questionário

Aline



ANTONIO  
PRUDENTE

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 19 / 09 / 13  
Nº PRONTUÁRIO: 11462236

NOME COMPLETO: Gildeon NASCIMENTO DA SIWA  
CIRURGIA REALIZADA: Ax Rumbo Msd

DATA NASC.: 16 / 01 / 88 IDADE: 31 A PESO:  
CIRURGÃO: Dr. I. Q. R. HORA DA ENTRADA NA RPA:

HORA: 08:15 P.A. (mmHg) PULSO (bpm) RESPIRAÇÃO (l/min) TEMPERATURA (°C) GLUCEMIA (mg/dL) SpO<sub>2</sub> (%) ESCALA DE DOR OBSERVAÇÕES

08:30	147x80	79	16	34,7	—	100%	Rumil
08:45	129x75	75	18	35,0	—	100%	Sororai
09:00	125x75	76	19	35,7	—	100%	Globo
09:25	135x79	93	19	35,5	—	100%	Respiração
10:15	134x82	91	19	35,9	—	100%	Respiração
			36	—	99%	88	Sororai

### ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK

Almada Muscular	Movimenta os quatro membros	2
E Incapaz de mover os membros	—	1
Comando	—	0
Respiração	E Capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	0
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	—	2
Item apnéia	—	2
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	0
PA em 20-49% do nível anestésico	2	0
PA em 50% do nível anestésico	—	1
Consciência	Está lucido e orientado no tempo e espaço	0
Desejava, se solicitado	—	2
E Não responde	—	1
E Capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior que 92%	0	0
respirando em ar ambiente	—	2
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1
O <sub>2</sub> Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK	HORA		
	CONSCIENTIA	2	—
	ATMIDADE	2	—
	RESPIRAÇÃO	2	—
	CIRCULAÇÃO	2	—
	SpO <sub>2</sub>	2	—
	TOTAL	10	—

### OBSERVAÇÃO MÉDICA:

SEM INFILTRADOS

HORÁRIO DA ALTA DA RPA: 10:00h

MÉDICO(A):

ENFERMEIRO(A):

Sign. Júlia Sales Góes  
COTEN - 04/09/2014



(Preencher quando não houver efusão)

Nome completo (paciente):

CPF:

Médico:

CRM:

GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Data de Nasc: 16/07/1988

Faz bem pra você

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta Instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Obstetricia de Parto ou a seguinte alternativa anestésica Anestesia Geral.

Declaro ainda que:

- 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 anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- 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.
- 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.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista 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).
- 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

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

69 de 09 de 20 2019

Hora: \_\_\_\_\_

Nome legível: Gelson Nascentes da Silva

Assinatura: Gelson

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme 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.

Dr. Luis Henrique B. Ribeiro  
Médico  
CRM-CE: 19706

Nome legível: CRM é visto ou carimbo com CRM e visto  
CRM



*Faz bem pro você*

## FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	TR	JEJUM (hs)	DOR
274						Sólidos 20h	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
						Líquidos 20h	Criança 0 1 2 3 4 5

**CIRURGIA/ PROCEDIMENTO** **DIAGNÓSTICO**

EVALUACIÓN CLÍNICA

AVALIAÇÃO CLÍNICA																
<b>Cardio-circulatório</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	<b>Câncer</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo													
<input type="checkbox"/> Tolerância ao exercício	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia													
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Valvulopatia	<input type="checkbox"/> Arritmia														
<input type="checkbox"/> Coronariopatia	<input type="checkbox"/> Angioplastia	<input type="checkbox"/> Outras _____														
<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> DOPV															
<input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca	<input type="checkbox"/> AAA															
<input type="checkbox"/> Outras _____																
 <b>Respiratório</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	 <b>Gravidez</b>	<input type="checkbox"/> Negativo													
<input type="checkbox"/> Dependência O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas														
<input type="checkbox"/> Apnéia do sono	<input type="checkbox"/> Tuberculose															
<input type="checkbox"/> OIVAS recente	<input type="checkbox"/> DPOC															
<input type="checkbox"/> Expectoração																
<input type="checkbox"/> Outras _____																
 <b>Gastrointestinal/hepático</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	 <b>Crianças abalxo de 1 ano</b>	<input type="checkbox"/> Negativo													
<input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Alta com a mãe													
<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Termo														
<input type="checkbox"/> Vômito/ diarréia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Pré-termo:														
<input type="checkbox"/> Hérnia de hiato	<input type="checkbox"/> Cirrose	<input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas														
<input type="checkbox"/> Obst. Intestinal		<input type="checkbox"/> Idade pós-conceptual _____ semanas														
<input type="checkbox"/> Outras _____		(Idade gest.+idade atual)														
 <b>Neuroológico</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	 <b>Hábitos Sociais</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo													
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Tabaco _____	<input type="checkbox"/> Cigarros/dia													
<input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Álcool _____	<input type="checkbox"/> Drogas													
<input type="checkbox"/> Lesão medular	<input type="checkbox"/> PIC	<input type="checkbox"/> Outras _____														
<input type="checkbox"/> Outras _____																
 <b>Renal</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	 <b>Alergias</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo													
<input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Diálise	<table border="1"><tr><td>Típo/Agente</td><td>Reação</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>	Típo/Agente	Reação												
Típo/Agente	Reação															
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal																
<input type="checkbox"/> Outras _____																
 <b>Hematológico</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	 <b>Cirurgia/anestesia prévia</b>	<input type="checkbox"/> Negativo													
<input type="checkbox"/> Transfusão prévia	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Cirurgia/ Anestesia	<input type="checkbox"/> Dados relevantes													
<input type="checkbox"/> Plaquetopatia	<input type="checkbox"/> Anemia	<i>Melugo do nariz</i>														
<input type="checkbox"/> Outras _____		<i>Não houve lesões</i>														
 <b>Músculo esquelético</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo															
<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> Artrite															
<input type="checkbox"/> Musculodistrofia																
<input type="checkbox"/> Outras _____																
 <b>Endócrino</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	 <b>Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório</b>	<input type="checkbox"/> Não													
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____		<input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não														
<input type="checkbox"/> Patologia da tireóide																
<input type="checkbox"/> Outras _____																
 <b>Exame Físico</b>		 <b>Histórico familiar - problemas com anestesia</b>														
<b>Cardíaco</b>		<input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não														
<b>Resp</b>																
<b>Neuro</b>																
<b>Regional</b>																
<b>Outro</b>																
 <b>Laboratório</b>																
<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><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose										
Hb	Ht	Na														
K	Plaquetas	Glicose														
 <b>Medicação (Verificar se tomou na hora cirúrgica)</b>																
<i>Não tomou</i>																
<i>Medicou a GA8</i>																
<i>CPG</i>																
 <b>Via aérea</b>																
<b>História de via aérea difícil</b>																
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não															
 <b>Mallampati</b>																
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV													
 <b>Distância esterno/mento</b>																
<i>Sob</i> cm																
 <b>Dentição/Prognatismo</b>																
 <b>Outros</b>																
 <b>Hemorragias</b>																
<input checked="" type="checkbox"/> Negativo																
 <b>Tipagem solicitada</b>																
 <b>Reserva de _____ U Conc. Glob</b>																
 <b>Avaliação ASA</b>																
<input checked="" type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV													
 <b>Emergência:</b> <input type="checkbox"/> Sim   <input checked="" type="checkbox"/> Não																
 <b>Planejamento Anestésico</b>																

Comentários sobre as achados:

Anestesiologista	CRM
Médico	CRM-CE: 19706

<b>DATA</b>	<b>HORA</b>
06/07/2017	: : :
<b>ASSINATURA</b>	
Márcia Flávia de Oliveira	

## PLANO TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA\_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): IGOR RABELLO DE SALES ANDRADE MED CO/CBMG 13903/11052

Nº: 44377356 19/09/2019 05:56

## IDENTIFICAÇÃO

Nome

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

[1]

Sexo

Masculino.

[1]

Idade

31 A 2 M

[1]

Data De Nascimento

16/07/1988

[1]

Nº Atendimento

62143852

[1]

## DADOS DO PACIENTE

## MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário

S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

[1]

## COMORBIDADES

## GRAU DE INDEPENDÊNCIA

## IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

## OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Principal

tratamento cirúrgico de fratura de pseudoartrose do escafólide.

[1]

## OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

## ALTA HOSPITALAR

Total De Dias

1 Dias

[1]

Saída Certa

Motivo

vide orientações em anexo

[1]



Dr. Igor Rabello  
Ortopedia/ Traumatologia  
cirurgia da Mão/Microcirurgia  
CRM-CE 13903 / FORT 15474/RQE 9427

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736	19/09/2019 08:14
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ				
Profissional(is): GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE ENFERMEIRO DE ENFERMAGEM GORENTE	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Lote: 133410/5	Nº: 44379788	19/09/2019 às 07:33
GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE 133410/5 44379788 19/09/2019 às 07:33				

CANCELADO DIA 19/09/2019 08:14:33 POR GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE.

## PACIENTE

Data De Admissão 19/09/2019 [1]

## PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Eletriva.	[1]
Data Da Cirurgia	19/09/2019	[1]
Pulseira De Identificação	MSE.	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etilista	Não.	[1]
Cirurgias Anteriores	SIM.	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	CIRURGIA.	[1]
Reserva de Hemoderivados		[1]

## NUTRICIONAL/METABÓLICOS

Jejum SIM. [1]

## CONFORTO

## INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	ENF:BENEDITO	[1]
Hora	06,20	[1]
Sala	04	[1]
Condições Da Pele ao Início da cirurgia	INTEGRA	[1]
Início Da Anestesia	06:30	[1]
Término Da Anestesia	07:55	[1]
Início Da Cirurgia	07:10	[1]
Término Da Cirurgia	07:50	[1]
Instrumentador	MARCI	[1]
Circulante	GERLANDIA	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	MSD	[1]
Número Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Número Total De Compressas Inseridas	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[1]
KEFAZOL 2 G AS 06:30		[1]

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/5	19/09/2019 08:14
<b>Medicações/hora</b>			
Exames De Imagem	Sim	[1]	
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]	
Clorexedine Desgermante	Sim	[1]	
Material	PEQUENOS FRAGMENTOS	[1]	
Fornecedor	ORTOGESES	[1]	
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]	
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]	
Encaminhamento Do Paciente		[1]	
Horário De Saída Da S.O	08:10	[1]	
<b>SINAIS VITIAIS</b>			
T	35 °C	[1]	
P脉	80 bpm	[1]	
PA	143,73	[1]	
FC	80 bpm	[1]	
FR	19 rrpm	[1]	
<b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>			
Sat O2	100 %	[1]	
<b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>			
Data	19/09/19	[1]	
Hora	07:50	[1]	
<b>OBSERVAÇÕES/INTERCORRENCIAS</b>			
Observação	PACTE ADM NO CC PARA TRATAMENTO CIRURGICO COM DR:EDUARDO SOB ANESTESIA DE SEDACAO ,BLOQUEIO COM DRA:BARBARA,O MESMO DEU ENTRADA NO CC ORIENTADADO,VERBALIZANDO,NA CADEIRA DE RODAS,APOS O PROCEDIMENTO SEGUIU PARA SRPA SEM INTERCORRENCIAS SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM CURATIVO COM GESSO,PULSEIRA NO MSE.	[1]	
Intercorrencias	SEM	[1]	
Eletrodos	TORAX	[1]	
Incisão Cirúrgica	MSD	[1]	
Punções Venosas	MSE	[1]	
<b>PÓS-OPERATÓRIO</b>			



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) GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
nas 06:04, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30  
(TRINTA) dia(s), a partir de 19/09/2019, tendo como causa do atendimento o código  
abaixo:

562

Código da Doença

Local e Data

Dr. Igor Rabelo  
Ortopedia/Trumatologia  
Cirurgia da Mão/Microcirurgia  
CRM-F13903 CRMEF 15374/PQE 9427

Assinatura do Médico

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM 13903

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BQEGT99Q2U0K0

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL  
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA  
61939-915 MARACANAU - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 08:22, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1 (UM) dia(s), a partir de 18/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

CRM 16610

Dr. César Augusto L. da Silva  
Ortopedista e Traumatologo  
CRM/CE: 16610 / T.O.F. 15544 / RQE 10142

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BHTIS99Q2I6I2  
Solicitação da Senha : 18/09/2019 08:09:22

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL  
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA  
61939-915 MARACANAU - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 10:57, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 7 (SETE) dia(s), a partir de 10/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Dr. Rafael da Silva Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/CE: 14370/RQE: 1560/TEOT: 16.316

Assinatura do Médico

RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

CRM 14370

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BXFKK99Q2Q6I2  
Solicitação de Senha : 10/09/2019 10:43:07

# ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 14:47 hs , sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 ( QUINZE ) dias, a partir de 27/08/2019 , tendo como causa do atendimento

S630

-----  
Código da Doença

Local e Data

Dr. Igor Rabelo  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia da Mão/Microcirurgia  
CRM-CE 13001111111 15479/RQE 9427

Assinatura do Médico



ICORRS

Autenticação BEWOB89Q2U0E0

27/08/2019 14:48

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 10:05, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1 (UM) dia(s), a partir de 26/08/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S630

-----  
Código da Doença

Maracanau, 26/08/19  
Local e Data

Assinatura do Médico

ANA LARISSA FLORENCIO DE GOIS PEREIRA

CRM 19510



Dr. Ana Larissa Florencio de Gois Pereira  
CRM 19510  
26/08/2019

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BCFKA89Q2R1I2

Solicitacao da Senha : 26/08/2019 09:25:36

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL  
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA  
61939-915 MARACANAU - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
as 22:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 3  
(TRES) dia(s), a partir de 21/08/2019, tendo como causa do atendimento o código  
abaixo:

559

Código da Doença

Local e Data

Glauber Correia Melo  
Medico  
CRM 18996

Assinatura do Médico

GLAUBER CORREIA MELO

CRM 18996

ACEITO A COLOCAÇÃO DO CID ASSINADO US \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BSZWV89Q2T712

Solicitação da Senha 21/08/2019 21:17:44

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

NOME  
GILSON NASCIMENTO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR UF  
2004009066881 SSP CE

CPF  
019.692.643-22 DATA NASCIMENTO  
16/07/1988

FRAÇÃO  
GERALDO PAULA DA SILVA  
MARIA DE FATIMA  
NASCIMENTO DA SILVA

PERMISSÃO  
ACC CAT/IAS  
PR

Nº REGISTRO  
04694646420

VALIDADE  
06/03/2020

1ª HABILITAÇÃO  
10/07/2009

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Gilson Nascimento da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO  
09/03/2015

Igor Vascôncelos Pônta

62809603184  
CE146518934

ASSINATURA DO LINSSON

DETTRAN-CE (CEARA)

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

NOOME

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2008010066558 SSP CE

CPF  
048.217.413-77 DATA NASCIMENTO  
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

*Igor Vaz - 2/1*  
IGOR VASCONCELOS PONTE

65807059905  
CE161764037

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

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

**DETRAN - CE** N° 014419529420  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA COD. RENAVAM 01 305799509 EXERCÍCIO 2015 R.N.T.R.C 0000000000

CHICAGO INVESTMENT BANK

GILSON NASCIMENTO SILVA

卷之三

**FORTALEZA** /CE  
CPE / CBU /

019692643222  
N11B400/25  
PLACA

PLACA ANT / UF — 1000400/CE  
CHASSI —

9C2KC1670BRS10056

**COMBUSTÍVEL** **GÁSOLINA** **GLP / MOTOCICLO / NAD API-IC**

MARCA / MODELO \_\_\_\_\_ UNIDAD / ID. \_\_\_\_\_ UNIDAD / ID. \_\_\_\_\_ UNIDAD / ID. \_\_\_\_\_  
[ANÓ FAB.] [ANÓ MOD.]

— CAP / POT / CL — CATERPILLAR  
ANDA/CG 150 FAN ESS 1 2011 2011

OCV/149CC  
PARTIC  
CATEGORIA  
COR PREDOMINANTE  
PBETTA

COTA ÚNICA \_\_\_\_\_ VENC. COTA ÚNICA \_\_\_\_\_ VENC / COTAS \_\_\_\_\_

- FAUCA LIPVA - BALDEZ ALARCON, J. G. 21

— PIRELLAMENTO CO/AS —

O TARIFAÍD (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

CERTIFICATE OF AUTHORITY

卷之三

卷之三

卷之三

DATA — 01/02/2018

卷之三

03061

MOTOR: KC16E7B510056

三

卷之三

Scanned by CamScanner

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190667163      **Cidade:** Maracanaú      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA      **Data do acidente:** 21/08/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DE PUNHO (ESCAFOIDE) DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P12 P55 P63)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PAGINA 1.

**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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190667163      **Cidade:** Maracanaú      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA      **Data do acidente:** 21/08/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DE PUNHO (ESCAFOIDE) DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P12 P55 P63)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PAGINA 1.

**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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROCURAÇÃO

Outorgante GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Estado Civil Solteiro Profissão ESP. DE QUALIFACAO  
Residente Rua: ITAPOA, 1395 Bairro PANINOCHE  
Municipio FORROZECAS UF CE Nascido 16/07/88 CPF 019.671.643-22  
RG 2004009066881 Emissor SSP Em 10/07/2009

**Outorgado** Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral , 676- Parque Santa Rosa, Municipio de fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com . Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a)  
Sr,(a) Gilson Nascimento da Silva  
Ocorrido em 21/08/2019

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, copias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e sguradora lider, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transitoe praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel comprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de uma advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG,danos corporais,RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista,seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras

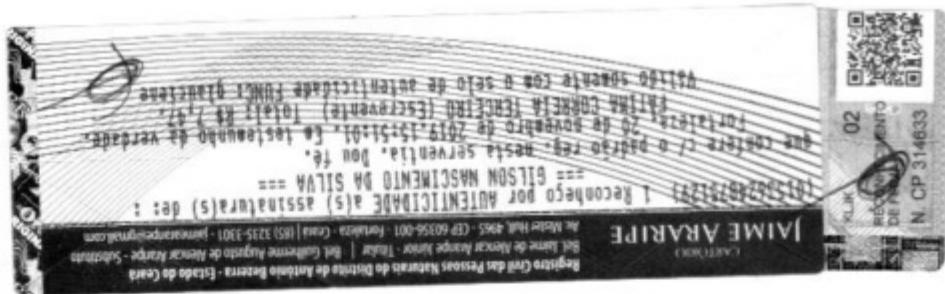
ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDl,ZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

**O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada:  
Boletim de Ocorrencia, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros**

Forrozeas - CE, 26, DE Novembro, 2019

X Gilson Nascimento da Silva

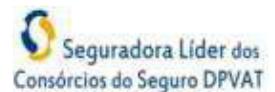




do. Ame naicelade.

de corrupção falso

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

**Número do Sinistro:** 3190667163

**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**CPF:** 019.692.643-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/08/2019

**Titular do CPF:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

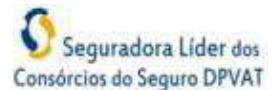
## ATENÇÃO

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

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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

Número do Sinistro: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 019.692.643-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2019

Titular do CPF: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

## ATENÇÃO

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

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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**CPF:** 019.692.643-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/08/2019

**Titular do CPF:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

### GILSON NASCIMENTO DA SILVA : 019.692.643-22

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019  
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ  
CPF: 048.217.413-77

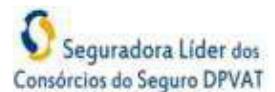
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

**Número do Sinistro:** 3190667163

**Vítima:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**CPF:** 019.692.643-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/08/2019

**Titular do CPF:** GILSON NASCIMENTO DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

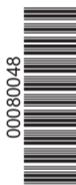
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190667163**

**Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000001563**

**Conta: 0000077648-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="Olison Nascimento da Silva"/>	6 - CPF: <input type="text" value="019.692.643-22"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="Estudante"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="RUA: ITAPIORA 1395"/>	9 - Número: <input type="text" value="1395"/>	10 - Complemento: <input type="text" value=""/>
11 - Bairro: <input type="text" value="CANINÓPOLIS"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="FORTEALEZA"/>	13 - Estado: <input type="text" value="CE"/>	14 - CEP: <input type="text" value="60732-150"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="HC527310@gmail.com"/>	16 - Tel (DDD): <input type="text" value="(85) 98529-6730"/>		

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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE RS5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Agência: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Conta: _____
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text" value="1563"/>	CONTA: <input type="text" value="77648"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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:  Sim  Não 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  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso 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 - Impressionante de quem é a vítima ou beneficiário que assina o formulário

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

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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 DO 28. DISTRITO POLICIAL  
Impresso n° 2019714980



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 128 - 920 / 2019

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 08/10/2019 11:15:56  
Data / Hora da Ocorrência: 21/08/2019 21:21:00  
Endereço da Ocorrência: ROD RAIMUNDO PESSOA DE ARAÚJO, MUCUNÁ - MARACANAÚ/CE  
Ponto de Referência:

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: GILSON NASCIMENTO DA SILVA  
Nascimento: 16/07/1988 CPF:  
RG: 2004009066881 Orgão Emissor: SSP UF:  
Filiação: MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA  
GERALDO PAULA DA SILVA  
Endereço: RUA PADRE ITAPUA, 1395  
Bairro: SIQUEIRA  
Município: FORTALEZA/CE CEP:  
País: BRASIL Telefone: 8753-4117

#### Histórico

QUE NO DIA E HORA ACIMA INDICADOS ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, DE PLACAS NUR8400/CE, DE SUA PROPRIEDADE, SE DIRIGINDO PARA A RODOVIA CE 065 COM INTUITO DE IR PARA FORTALEZA; QUE NO ENTANTO AO TENTAR DESVIAR DE UM CACHORRO, VEIO A "DERRAPAR" E A MOTO CAIU LEVANDO O ORA DECLARANTE AO SOLO; QUE CAINDO NO CHÃO E PERCEBENDO QUE HAVIA SE LESIONADO LIGOU PARA SEU IRMÃO GILLIARD NASCIMENTO DA SILVA (CPF 011.413.583-52); QUE SEU REFERIDO IRMÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE PARA LHE SOCORRER E EM RAZÃO DO SEU IRMÃO E NAMORADA ANA CRISTINA PEREIRA DE SOUSA (CPF 063.399.013-28) TEREM VINDO AO LOCAL PREFERIU NÃO CHAMAR AMBULÂNCIA, DE FORMA QUE OS MESMOS OS LEVARAM AO HOSPITAL ANA LIMA EM MARACANAÚ; QUE AO CHEGAR AO HOSPITAL FICOU FEZ RAIO X NO BRAÇO, JOELHO E PÉ E NO DIA SEGUINTE VOLTOU AO MESMO HOSPITAL PARA SER ATENDIDO POR UM TRAUMATOLOGISTA, MOMENTO EM QUE SE CONSTATOU FRATURA NO SEU PUNHO DIREITO; QUE NO PRESENTE MOMENTO AINDA SE ENCONTRA EM RECUPERAÇÃO DO REFERIDO ACIDENTE, JÁ TENDO REALIZADO CIRURGIA E AINDA PRECISANDO FAZER FISIOTERAPIA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Aline Chala de Souza Aguiar - MAT.:  
ALINE CHALA DE SOUSA AGUIAR - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Gilson Nascimento da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): [Assinatura]

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 08/10/2019 11:34:04

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/10/2019 11:34:04



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL  
Impresso n° 2019714980



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 128 - 920 / 2019

CARINA DE FREITAS SOARES - MAT.: 30119762

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="Olison Nascimento da Silva"/>	6 - CPF: <input type="text" value="019.692.643-22"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="Estudante"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="RUA: ITAPIORA 1395"/>	9 - Número: <input type="text" value="1395"/>	10 - Complemento: <input type="text" value=""/>
11 - Bairro: <input type="text" value="CANINÓPOLIS"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="FORTEALEZA"/>	13 - Estado: <input type="text" value="CE"/>	14 - CEP: <input type="text" value="60732-150"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="HC527310@gmail.com"/>	16 - Tel (DDD): <input type="text" value="(85) 98529-6730"/>		

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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Cada Econômica Federal (104)
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
AGÊNCIA: <input type="text" value="1563"/>	CONTA: <input type="text" value="77648"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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  
Impressão  
digital da  
víctima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="Olison Nascimento da Silva"/>	6 - CPF: <input type="text" value="019.692.643-22"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="Estudante"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="RUA: ITAPIORA 1395"/>	9 - Número: <input type="text" value="1395"/>	10 - Complemento: <input type="text" value=""/>
11 - Bairro: <input type="text" value="CANINÓPOLIS"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="FORTEALEZA"/>	13 - Estado: <input type="text" value="CE"/>	14 - CEP: <input type="text" value="60732-150"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="HC527310@gmail.com"/>	16 - Tel (DDD): <input type="text" value="(85) 98529-6730"/>		

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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE RS5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Agência: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Conta: _____
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text" value="1563"/>	CONTA: <input type="text" value="77648"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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  Sim  Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não nasceu (vai nascer)? 31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Impossível digitar da víctima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
	40 - Local e Data: <input type="text" value="FORTEALEZA - CE 26/11/19"/>	Assinatura da testemunha
		X Gilson Nascimento da Silva
	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	