

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

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
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: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

BRADESCO230920190500000000002370071300000005253784375 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

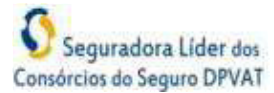
AGÊNCIA: 00713-7

CONTA: 000000052537-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2708201905000000000023700713000000052537168750 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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 09/09/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

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 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

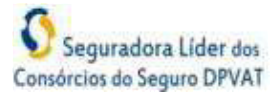
GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 21/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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
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: 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
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475494 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEORGE WILIADE 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 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 09/09/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

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
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 PROXIMAIS DIREITAS

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

Tratamento: OSTEOSÍNTESE 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) 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 ☒ (X) 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.


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

D. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

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 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

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 21/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
AUTENTICAÇÃO DE IDENTIDADE

Nome: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

RG: **93006605152** SSP **CE**

CPF: **703.383.703-82** DATA NASCIMENTO: **07/02/1975**

FILIAÇÃO: **FRANCISCO CLEZO MOREIRA ROSANA DE FREITAS MOREIRA**

RENASCIMENTO: **2008** RG: **2008** DATA: **25**

Vº REGISTRO: **04319035592** VALIDADE: **23/10/2022** 1ª EMISSÃO: **07/04/2008**

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO.

Assinatura do Portador: *George Wiliame de Freitas Moreira*

LOCAL: **PORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO: **26/10/2017**

Assinatura do Emissor: *Paulo Vitor* 77356160085
CE161981704

CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548245362

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548245362



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 ,

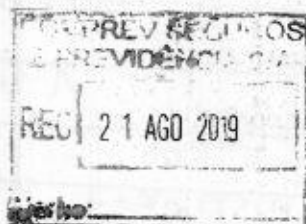
Paciente deu entrada neste hospital dia 29/12/2018 às 12:10h, trazido pelo SAMU com história de queda de moto com fratura de Platô Tibial.

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
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CIDADANIA E À VIDA

PI George William de Freitas Moreira

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado foi vítima de acidente de moto em 29.12.19, sofrendo Fratura de Platô tibial direito, realizou osteossíntese cirúrgica com fixação de placa e parafusos. Em controle de alta médica com seqüela do agravo de dor em joelho direito, dificuldade de pisar, redução de amplitude de flexão do joelho direito e dos movimentos de extensão e flexão do pé direito, edema residual de tornozelo direito.

CID < S82.17

Luciano Araújo Vasconcelos
Médico
CRM 10985



06.09.19

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

CNS:		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		DATA/HORA: 29/12/2018 12:10:09	
NOME: GEORGE WILIAM DE FREITAS MOREIRA		RG: 93006005152		Registro: 5596192	
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: 285 BAIRRO: SAO CRISTOVAO	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 967908100,		MUNICÍPIO: FORTALEZA UF: CE CEP:	
NOME: SAMU CE USB 110 CONDT KELVIN VERAS		PARENTESCO:		TELEFONE: 967908190	
TIPO DE VÍNCULO:		ACIDENTE DE TRABALHO			
CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: pac. vítima de queda de moto com capacete negro desmaiado, com trauma em joelho D e tibia e fíbula e ombro esq. referindo dor forte, trazido pelo Samu					
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
<p>26.08.2019</p> <p><i>Edson de Faria</i></p>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
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 WILLIAM DE FREITAS MOREIRA
End. Líturg: AV 311 CJ SÃO CRISTÓVÃO, 265, JANGUARISSU
Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

CEP: 60866-360

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 MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A14F403035	598	0	12	12

DATAS

Leitura Atual: 07/06/2019

Leitura Anterior: 08/05/2019

Emissão: 07/06/2019

Próxima Leitura: 06/07/2019

Lacre Água: 2017359

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Resíduos	526	526	125	526	526
Análises	548	547	548	545	545
Em conformidade	544	517	361	520	545

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.
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 saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	50,76	Mês/Ano
ESGOTO	22,07	Mai/19
MULTA DE 2%	1,30	Água (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,48	Esgoto (m³)
JUROS/MULTA TARIFA COM.	0,10	
ACRESC. IMPUNT. ÁGUA T.	0,12	
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	12,54	

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO
FIS	0,93	Descrição
COFINS	4,17	VALOR DO SERVIÇO
		VALOR DO SUBSÍDIO
		LRA TOTAL A PAGAR

MÊS/ANO
06/2019VENCIMENTO
07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,37

PROPOSTA DE PAGAMENTO

Parcela	Valor (R\$)
01	51,37

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

Cidade de Atendimento
Cagece
0800 275 0195Cagece
1000

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resolução das Agências Reguladoras.
Empresas Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 205 1919. Demais localidades: ANCE - Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 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.ce.gov.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3701.1919 de 8h às 12h e 13h às 17h.

CONSULTA 100%
E-VAL E-VAL, PÁG. 100%

155






GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

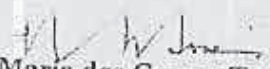


SAMU
192

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 Loliola, 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) 3-133 7434

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George William de Freitas 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 William de Freitas Moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: 311 - Conf. São Cristóvão

9 - Número:

286

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Gonguabau

12 - Cidade:

Portalezo

13 - Estado:

RS

14 - CEP:

91.086-360

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0713

CONTA:

52537

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

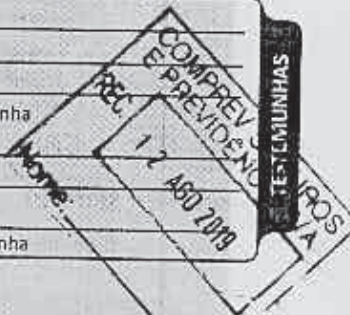
40 - Local e Data:

Portalezo - 12/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George William de Fritos 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 William de Fritos Moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: 311 - Conf. São Cristóvão

11 - Bairro:

Congurubau

12 - Cidade:

Fortaleza

15 - E-mail:

9 - Número:

286

10 - Complemento:

13 - Estado:

Ce.

14 - CEP:

60.866-360

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0713

CONTA:

52537

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

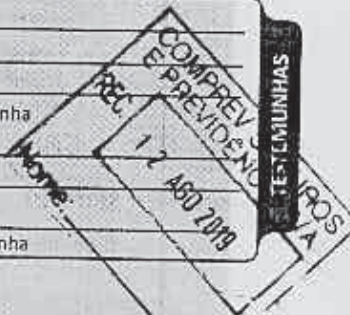
40 - Local e Data,

Fortaleza - 12/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impresso nº 2019546527



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 WILIADE 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** CEP: **60.866-360**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3250-8433**

Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA PNU-9451, CHASSI 9C2KC25U0HR039836, ANO 2017, COR PRETA, MODELO HONDA/CG 160 START EM NOME DE GEORGE WILLIADE 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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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,

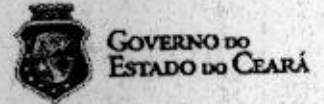
Seguradora Líder-DPVAT

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



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

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

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


Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

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

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
 (85) 32555000

TELEFONE PARA CONTATO

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

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

Solicitação

12600100422

NÚMERO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

SITUAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

CENTRAL DE REGULAÇÃO

03/01/2019 - 15:05

DATA - HORA

PROFISSIONAL

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
 FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO REALIZADO

13 - CIRURGICO -
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
 INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia



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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

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

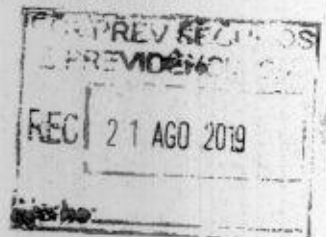
DELVONNELDY FREIRES FREITAS, abaixo assinado, responsável pelo paciente GEORGE WILLIAME DE FREITAS MOREIRA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, 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 Freires Freitas



TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921000025 03/01/2019 17:07 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO 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 Clínica Posto de Enfermagem
207/3 ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

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

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

Diagnóstico Principal
S821 - 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

Responsável/
Representante Legal

George Williams de Freitas Moreira

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Karoline Pontes Carvalhante

Nome Legível

Assinatura/Carimbo
Karoline Pontes
COREN-CE 540729 - ENF

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 09/01/2019 Hora: 14:35:19

O.E.: M230440001

URG./EMERG: 04 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: 788505329547275 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc.: 201591461720008

CNS: 704702748355831

CNS: 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: 10 - BRASIL

Nome da Mãe: ROSANA 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

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S022-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

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

Liberação SISAIH01: ✓

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

CNPJ do Empregador:

CNAE:

CBO:

Vínculo com a previdência:

====[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

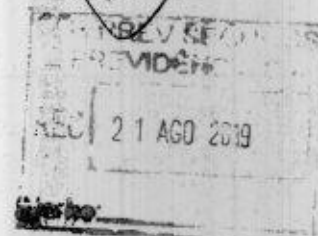
Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1 04.08.05.050-0	201591461720008	1 225270	201591461720008 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
2 04.08.05.050-0	101084263590001	6 225151	101084263590001 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
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 02.04.06.010-8	3969800	0	3969800 3969800	1	012019 RADIOGRAFIA DE PERNA

====[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +		+ Serviço Profissional +		+ Rateado +		Total
	Direto	Direto	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
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	400,50	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 DE JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 704702748355831 - GEORGE WILIANE DE FREITAS MOREIRA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 07/02/1975 - 43 anos
NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA
NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES
ENDEREÇO: RUA 311 CJ SAO CRISTOVAO, Nº 286
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 987908190

BAIRRO: JANGURUSSU

CEP: 60866360

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - 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

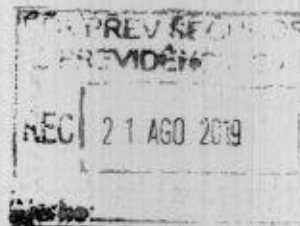
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

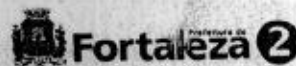
CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA





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** 09 - SEXO: **() M () F** 10 - RAÇA/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 SÃO CRISTÓVÃO**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - COD. 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 CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES 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 SECUNDÁRIO: **Dr. Gerson Gomes de Lima**
OFTALMOLÓGICO
CRM 3130 - RJ

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 VIOLÊNCIAS)

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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

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

REC 21 AGO 2019



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 04/01/19

Nome do paciente:	George Williams de Freitas Moreira	Categoria:	
Nº Prontuário:	2448/19	Leito:	
Clínica:	Cirurgia		
Cirurgião:	Dr. Claudio		
Anestesista:	Dr. Paulo		
Tipo de Anestesia:	Raque		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Rodrigo		
Circulante:	Natiana		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fase Pré-Operatório + Ovario		
Tipo de Operação/ Código:	0204A50500		
Diagnóstico Pós-Operatório:	05086180		
Relatório Imediato do Patologista:	05086180		
Exame Radiológico no ato:	05086180		
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:	✓		

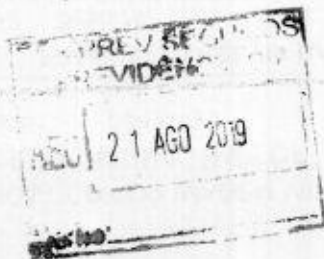
Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

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

Natiana T.S. Quatros
Enfermeira
COREN: 327.689

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista



MODELO 80

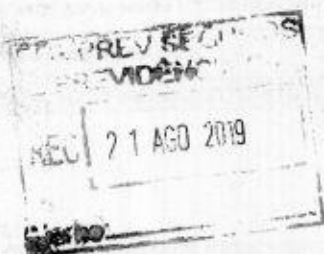
[illegible]

Assinatura do Circulante (Carimbo =)

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



Elaine

ELAINE FERNANDES ANDRADE
TEIXEIRA
CRM: 13240

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



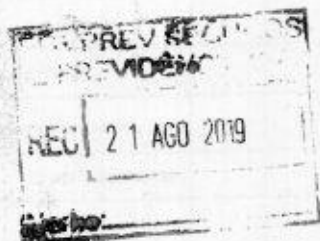
Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3011 1772 - 3011 1173 - 93 556 1234

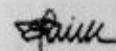
Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará
85 3023 1598 - 95334

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 Otológica
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100



Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará

85 3014.1172 - 3011.1171 - 95 35.1234

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará

85 3023.1502 - 3022.1501

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 09/09/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

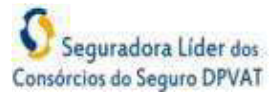
GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

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 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

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 21/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

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



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

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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 703.383.703-82 4 - Nome completo da vítima: George William de Fritos 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 William de Fritos Moreira 6 - CPF: 703.383.703-82
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: 311 - Conf. São Cristóvão 9 - Número: 286 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Gonguabuu 12 - Cidade: Portalezo 13 - Estado: ce 14 - CEP: 60.866-360
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0713 CONTA: 52537 3
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

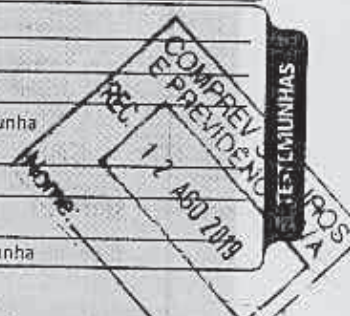
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Portalezo - 12/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impresso nº 2019546527



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** CEP: **60.866-360**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3250-8433**

Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA PNU-9451, CHASSI 9C2KC25U0HR039836, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

703.383.703-82

4 - Nome completo da vítima:

George William de Freitas 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 William de Freitas Moreira

6 - CPF:

703.383.703-82

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua: 311 - Conf. São Cristóvão

11 - Bairro:

Congonharu

12 - Cidade:

Fortaleza

15 - E-mail:

9 - Número:

286

10 - Complemento:

13 - Estado:

Ce.

14 - CEP:

60.866-360

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0713

CONTA:

52537

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

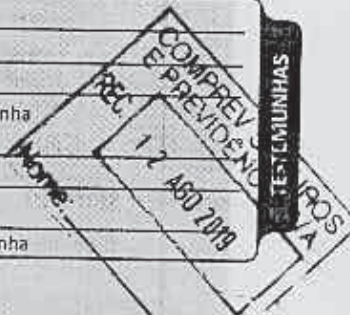
40 - Local e Data,

Fortaleza - 12/08/2019

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 Saúde

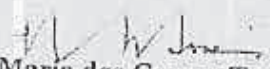


SAMU
192

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 Loliola, 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) 3-133 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

BRADESCO230920190500000000002370071300000005253784375 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

BRADESCO2708201905000000000023700713000000052537168750 PAGO



Nº de Inscrição:

007120990

DADOS DO CLIENTE

Nome: GEORGE WILIANE DE FREITAS MOREIRA
End. Líturg: RUA 311 CJ SÃO CRISTÓVÃO, 265, JANGUARISSU
Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

CEP: 60866-360

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 MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A14F403035	598	0	12	12

DATAS

Leitura Atual: 07/06/2019

Leitura Anterior: 08/05/2019

Emissão: 07/06/2019

Próxima Leitura: 06/07/2019

Lacre Água: 2017359

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Residuais	526	526	125	526	526
Análises	548	547	548	545	545
Em conformidade	544	517	361	520	545

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.
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 saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	50,76	Mês/Ano
ESGOTO	22,07	Mai/19
MULTA DE 2%	1,30	Água (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,48	Esgoto (m³)
JUROS/MULTA TARIFA COM.	0,10	
ACRESC. IMPUNT. ÁGUA T.	0,12	
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	12,54	

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO
FIS	0,89	Descrição
COFINS	4,17	VALOR DO SERVIÇO
		VALOR DO SUBSÍDIO
		LRA TOTAL A PAGAR

MÊS/ANO
06/2019VENCIMENTO
07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,37

PROPOSTA DE PAGAMENTO

Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

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

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
MCE/MA

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resolução das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 205 1919. Demais localidades: ANCE - Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ANCE: www.ance.org.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h no site: www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento da Cagece: 3701.1919 de 8h às 12h e 13h às 17h.

CONSUMIDOR PROTEGIDO
Lei nº 11.195/2005

155
Ouvidoria



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

CNS:		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		DATA/HORA: 29/12/2018 12:10:09	
NOME: GEORGE WILIAM DE FREITAS MOREIRA		RG: 93006005152		Registro: 5596192	
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 LOGRADURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: 311		Nº: 285 BAIRRO: SAO CRISTOVAO	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 967906100,		MUNICÍPIO: FORTALEZA UF: CE CEP:	
NOME: SAMU CE USB 110 CONDT KELVIN VERAS		PARENTESCO:		TELEFONE: 967906190	
TIPO DE VÍNCULO:		ACIDENTE DE TRABALHO			
CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: pac. vítima de queda de moto com capacete negro desmaiado, com trauma em joelho D e tibia e fíbula e ombro esq. referindo dor forte, trazido pelo Samu					
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Condição:					
<p>26.08.2019</p> <p><i>Edson de Faria</i></p>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
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 ,

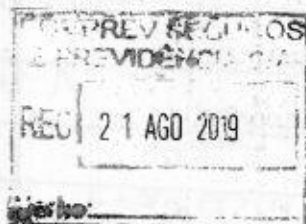
Paciente deu entrada neste hospital dia 29/12/2018 às 12:10h, trazido pelo SAMU com história de queda de moto com fratura de Platô Tibial.

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: deide.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

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA
 (85) 32555000

TELEFONE PARA CONTATO

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

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

Solicitação

12600100422

NÚMERO

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

03/01/2019 - 15:05

PROFISSIONAL

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
 FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

13 - CIRURGICO -
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
 INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia



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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

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



TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921000025 03/01/2019 17:07 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO 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 Clínica 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
S821 - 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

Responsável/
Representante Legal

George Williams de Freitas Moreira

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Karoline Pontes

Nome Legível

Assinatura/Carimbo
Karoline Pontes
COREN-CE 540729 - ENF

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 09/01/2019 Hora: 14:35:19

O.E.: M230440001

URG./EMERG: 04 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: 788505329547275 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc.: 201591461720008

CNS: 704762748355831

CNS: 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: 10 - BRASIL

Nome da Mãe: ROSANA 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

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S022-FRATURA DA DÍAFISE DA TÍBIA

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

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

Liberação SISAIH01: ✓

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

CNPJ do Empregador:

CNAE:

CBO:

Vínculo com a previdência:

====[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

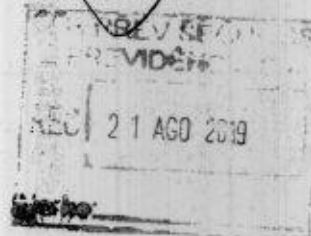
Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1 04.08.05.050-0	201591461720008	1 225270	201591461720008 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DÍAFI
2 04.08.05.050-0	101084263590001	6 225151	101084263590001 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DÍAFI
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 02.04.06.010-8	3969800	0	3969800 3969800	1	012019 RADIOGRAFIA DE PERNA

====[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+		+Serviço Profissional		+-----		Total
	Direto	Direto	Direto	Direto	Rateado	Rateado	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
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	400,50	0,00	0,00	0,00	137,03	0,00	537,53
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 DE JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 704702748355831 - GEORGE WILIANE DE FREITAS MOREIRA

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

NOME DA MÃE: HOSANA DE FREITAS MOREIRA

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

ENDEREÇO: RUA 311 CJ SAO CRISTOVAO, Nº 286

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 987908190

BAIRRO: JANGURUSSU

CEP: 60806360

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - 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

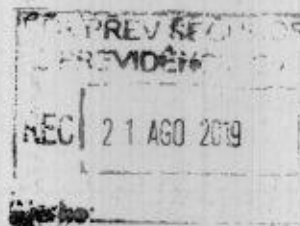
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

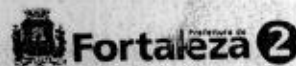
CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA





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** 09 - SEXO: **() M () F** 10 - RAÇA/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 SÃO CRISTÓVÃO**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - COD. 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 CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES 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 SECUNDÁRIO: **OFTALMIA**
Dr. Gerson Gomes de Lima
OFTALMIA
CRM 3130 - RJ 914

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 VIOLÊNCIAS)

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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

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

REC 21 AGO 2019



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF-ISENTO
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 04/01/19

Nome do paciente:	George Williams de Freitas Moreira	Categoria:	
Nº Prontuário:	2448/19	Leito:	
Clinica:	Cirurgia		
Cirurgião:	Dr. Claudio		
Anestesista:	Dr. Paulo		
Tipo de Anestesia:	Raque		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Rodrigo		
Circulante:	Natiana		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fase Pré-Operatório + Ovario		
Tipo de Operação/ Código:	0704A50500		
Diagnóstico Pós-Operatório:	05086180		
Relatório Imediato do Patologista:	05086180		
Exame Radiológico no ato:	05086180		
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:	✓		

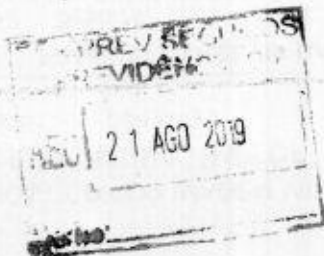
Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

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

Natiana T.S. Quatros
Enfermeira
COREN: 327.688

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista



MODELO 80

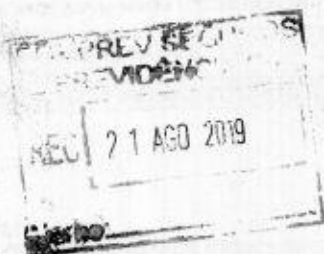
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

REV. 12/10/05
VOTER
21 AGO 2019
MAY 20 10 50 AM '19
MAY 20 10 50 AM '19

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 fíbula, sem desvio significativo dos fragmentos ósseos.
- Há parafuso desconexo a placa na diáfise proximal da tibia.



Elaine

ELAINE FERNANDES ANDRADE
TEIXEIRA
CRM: 13240

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



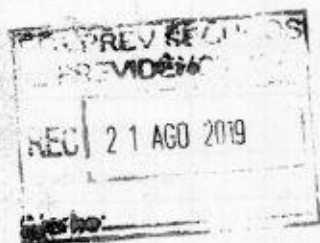
Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3015 1772 - 3015 1173 - 93755 1234

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messegana - Fortaleza - Ceará
85 3023 1502 - 94334

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

ELAINE FERNANDES ANDRADE
TEIXEIRA
CRM: 13240

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



Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará

85 3014.1172 - 3011.1170 - 96 35.1234

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messegana - Fortaleza - Ceará

85 3023.1500 - 3022.1500



FaciVida
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CIDADANIA E À VIDA

PI George William de Freitas Moreira

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado foi vítima de acidente de moto em 29.12.19, sofrendo Fratura de Platô tibial direito, realizou osteossíntese cirúrgica com fixação de placa e parafusos. Encantou-se de alta médica com seqüela do agravo de dor em joelho direito, dificuldade de pisar, redução de amplitude de flexão do joelho direito e dos movimentos de extensão e flexão do pé direito, edema residual de tornozelo direito.

CID < S82.17

Luciano Araújo Vasconcelos
Médico
CRM 10985



06.09.19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE
AUTOPAN NACIONAL DE HIGIENIZAÇÃO

Nome: **GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA**

BOC IDENTIDADE / ORG. AMBROS W
93006605152 SSP CE

CPF: **703.383.703-82** DATA NASCIMENTO: **07/02/1975**

RENÇÃO
**FRANCISCO CLEZO
MOREIRA
ROSANA DE FREITAS
MOREIRA**

RENÇÃO: **2008** RSC: **2008** CEM: **AS**

Vº REGISTRO: **04319035592** VALOR: **23/30/2022** 1ª APLICAÇÃO: **07/04/2008**

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO.

George Wiliame de Freitas Moreira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO: **26/10/2017**

For Valde 2/17
ASSINATURA DO EMISSOR

77356160085
CE161981704

CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548245362

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548245362



**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 PROXIMAIS DIREITAS

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

Tratamento: OSTEOSÍNTESE 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) 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 ☒ (X) 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.


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

D. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276215/19

Vítima: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

CPF: 703.383.703-82

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

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 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

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 21/08/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GEORGE WILIAME DE
FREITAS MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 09/09/2019
Nome: GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA
CPF: 703.383.703-82

GEORGE WILIAME DE FREITAS MOREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Estado Civil SOLTEIRO Profissão ESP. DE QUALIDADE
Residente RUA: ITAPOA, 1395 Bairro CANINORRINHO
Município FORTALEZA UF CE Nascido 16/07/88 CPF 019.692.643-22
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, Município 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 transito e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justiça 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,HDI.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 Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

FORTALEZA - CE 26, DE Novembro, DE 2019

X Gilson Nascimento da Silva



Decorative Frame
 For Autenticidade.

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará

Bel. Jaime de Alencar Araújo Junior - Tabelar | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araújo - Substituto

Av. Major Hail, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - jaraújoaraj@gmail.com

JAIME ARAÚPE

1 Reconhecimento por Autenticidade a(s) assinatura(s) de: 2

=== GILSON NASCIMENTO DA SILVA ===

que comparece c/ o padrão reg. desta serventia, Dou fé.

Portante, 20 de novembro de 2019, às 15:51:01, em testemunho da verdade,

PAIM CONHEÇA (escritor) Total: R\$ 17,

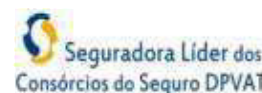
Assido somente com o selo de autenticidade FUNCI gizeleste

02

REC. DE

N. CP 314633

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 médico-hospitalar

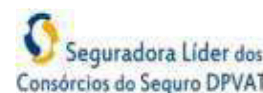
ATENÇÃO

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 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

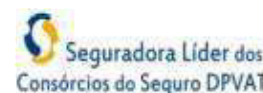
ATENÇÃO

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 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 médico-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 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

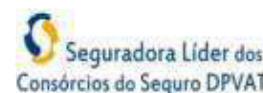
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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 médico-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 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.

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

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:

Declaração de Inexistência de IML	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



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:

Documentação médico-hospitalar	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



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:

Documentação médico-hospitalar	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



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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANILDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648 AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
em alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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, MUCUNÃ - 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

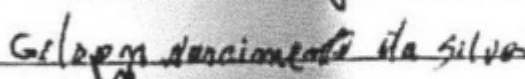
QUE NO DIA E HORA ACIMA INDICADOS ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, DE PLACAS NUR8400/CE, DE SUA PROPRIEDADE, SE DIRIGINDO PARA A RODOVIA CE 065 COM INTUITO DE IR PARA FORTALEZA; QUE NO ENTANTO AO TENTAR DESVIAR DE UM CACHORRO, VEIO A "DERRAPAR" E A MOTO CAIU LEVANDO 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 CARLA DE SOUSA AGUIAR - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Gilson Nascimento da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

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
POLÍCIA 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: ☒ DADS (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: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: SE. DE VANDAGOR 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: AN. NOZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
dígito 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

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: ☒ DADS (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: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANILDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648 AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
dígito 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

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: GILSON 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: GILSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.64322
7 - Profissão: SP. DE CURADOR 8 - Endereço: RUA: ITAPOA, 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: ARINDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310 @ 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.

Peço 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)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 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 MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE. ATINDENDO 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

A70

CONFERE CI PRONTUÁRIO

[Assinatura]
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: 000000077648-0

Nr. da Autenticação 8B2673C2B321E30A

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu 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
E-mail: RC527310@GMAIL.COM	CEP: 60.762-775	
		Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 25 DE NOVEMBRO DE 2019

x Alexandre Barbosa da Cruz
Assinatura do Declarante

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasc: 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 MOTOCLÍSTICO 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
MÚSCULOESQUELÉTIC
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

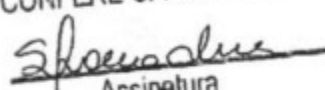
[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Assinatura

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: 66450-000
 Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

[illegible]

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM 3155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 20/11/19

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL. Naso: 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 MOTOCLÍSTICO 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 MÚSCULOESQUELÉTICA [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]
Assinatura



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
Matricula 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

NºPedido: 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

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

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) IGOR RABELO DE SALE

CENTRO CIRURGICO

Queixa Principal:

INTERNACAO

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS DIREITO

!a1IWE

6214385231

RELATÓRIO:

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 a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

19/09/2019
SERIE 1/1
MAGNUM 1/2

SHIRLEY HANCOCK, 71, 11501 38th St, VA | Seattle, WA 98148



Open 1024 MC 512

LOSSLESS
Q. 20%

POR 14:58
PTB2 25/11/2019

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

25/04

SÉRIE: 1/3
IMAGEM: 1/1



HOSPITAL ANA LIMA
PACIENTE: 1211319

SÉRIE: 2/3
IMAGEM: 1/1



HOSPITAL ANA LIMA

SÉRIE: 3/3
IMAGEM: 1/1



1596
W: 1023 L: 511

1396
W: 1023 L: 511

70%
Qualidade

72%
Qualidade

70%
Qualidade

2496
W: 1023 L: 511

POR 14:54
PRB2 25/11/2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 22:51

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
 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

[1]

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
[Assinatura]
 Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA DL. Nasc.: 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 MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS, DE CAPACETE, ATINDENDO 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

Assinatura
 Assinatura

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
61502878



22/08/2019 22 03 26

ESTE 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: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			Clinica
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

47.35350

Atendimento:	61502878	Prontuário:	11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCI	Tipo Anestesia:	SEDACAO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	222
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
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
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 CLACIATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO [ATAD 10CM] ROLO 1 UD	2	43800	SORO FISIOLÓGICO 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 1 30X1.60 - 1 UD	2			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4			
134084	EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINCO - 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	LUIVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUIVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	2			
30660	LUIVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	2			
30678	LUIVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	2			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	120			
50872	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/10 PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50			
50849	PROTES 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			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

FICHA DE ANESTESIA



**ANTONIO
PRUDENTE**

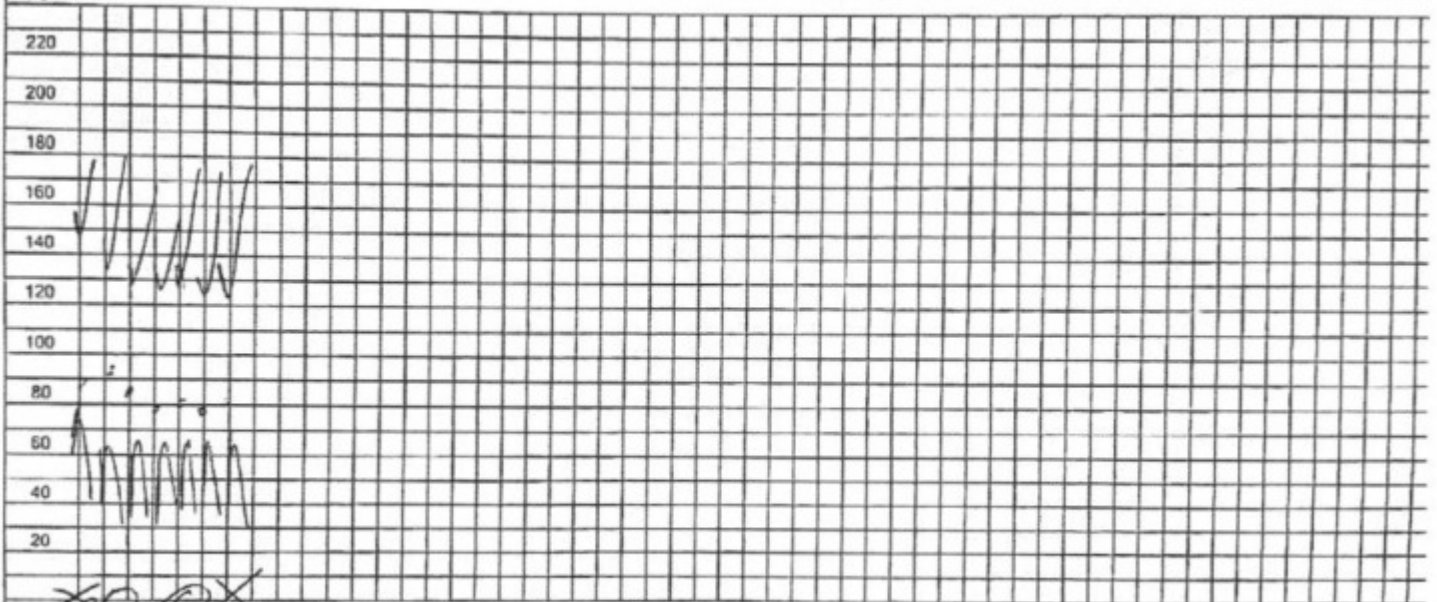
Nome: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Data: 22/03/19
 Idade: 31a Peso: 73kg Sexo: F M
 Prontuário: 11762736 Convênio: HARVIA
 Diagnóstico: FRATURO DE PUNHO DIREITO
 Cirurgia: REDUÇÃO FRATURAS DE PUNHO DIREITO Anestesia: SEDACIÃO
 Cirurgião: DR. GILSON MOTA ASA: I

A	HORA	23.00
G	O ₂	
E	NO	
N	Ar	
T	FAS	
E	COTA	
S	Pne	

LÍQUIDOS

CARDIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
--------------	----------------------	------------	-------------------	------------------

SAT O₂ 97% 100%
 ETC O₂
 PVC



DROGAS	EVENTO
1 Fentanyl 100 µg	A Lidarmina 200 mg + Cheek-45
2 Cetamina 200 mg	B Sonda
3 Propofol 100 mg	C
4 Lidarmina 200 mg	D
5 Naloxona 2 mg	E
6 Naloxona 2 mg	F
7	G
8	H
9	I
10	J

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação	Oro	Naso	Sonda
R. LÍQUIDO	500-2				Respiração	Espon	Assist	Mecân
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição	DDT	Local da Punção	
					Aguilha	Técnica		
					Início	22.00	Final	23.00
					Duração	23.00		

Condição final op: REG. SUPLEN. ESSENCIAL

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesiista - CRM

Euziane Lopes Silva
 Anestesiologista
 CRM-CE 20290

FICHA DE ANESTESIA REF 74411

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 axila apimar
a rpa

Códigos Dos Procedimentos 30721180

Dr. Bruno Mota
Cirurgião Titular
CRM 11736 - R. 1566

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página:

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): KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 675867 [1]

Nº: 43152912 22/08/2019 às 22:05

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 Uti	NÃO SE APLICA.
Kit Cirurgico 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 Geral
ACC 117.111.11-1988

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 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 CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

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

Dr. Bruno Mota
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 117247-01/15867

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

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

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 [1]

Nº: 43153944 22/08/2019 às 22:44

IDENTIFICAÇÃO

Nome **x** 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 carpo [1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias 1 Dias [1]

Impressão e Assinatura
CONEC 11/25/19 17:15:56



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 22/08/19
Nº PRONTUÁRIO

NOME COMPLETO: Edson Nascimento da Silva

CIRURGIA REALIZADA: Redução de membro

DATA NASC: 16/07/88

IDADE: 31

PESO: 110 SEXO: M

HORA

P.A. (mmHg)

PULSO (bpm)

RESPIRAÇÃO (rpm)

TEMPERATURA (°C)

GLICEMIA (mg/dL)

SpO2 (%)

ESCALA DE DOR

OBSERVAÇÕES

HORA DA ENTRADA NA RPA

22.30	150x76	35bpm	19 rpm	34,5°C	—	100%	0	Adm. 1267812	22.30
22.45	153x74	86bpm	19 rpm	34,6°C	—	100%	0	Adm. 1267812	
23.00	139x73	84bpm	19 rpm	34,8°C	—	100%	0	Adm. 1267812	
23.15	155x74	93bpm	18 rpm	35,2°C	—	99%	0	Adm. 1267812	
23.30	143x68	90bpm	18 rpm	35,4°C	—	99%	0	Adm. 1267812	
00.00	140x69	80bpm	15 rpm	35,8°C	—	99%	0	Adm. 1267812	
00.30	135x78	110bpm	13 rpm	35,9°C	—	100%	0	Adm. 1267812	

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

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

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

HORA	23.50								
CONSCIÊNCIA	2								
ATIVIDADE	2								
RESPIRAÇÃO	2								
CIRCULAÇÃO	2								
SpO2	2								
TOTAL	10								

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Paciente liberado da RPA em 23.50, Eupneica, Consciente, Membro neurológico estável.

HORARIO DA ALTA DA RPA: 01.00

MEDICO(A): Dr. Edson Nascimento da Silva

ENFERMEIRO(A): Adriana

Assinatura do Médico Responsável
Assinatura do Enfermeiro Responsável
Assinatura do Anestesiologista Responsável



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver sigla)

Nome completo (paciente):

CPI:

Médico:

CRIA:

Data de Nascimento: / /

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

22 de 10 de 20 17

Horas: _____

Nome legível: _____

Assinatura: Uma Cristina

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expus 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 expus.

Euziane Lopes Silva
CRM 10290
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: GILSON MOURA 31

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

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 PRECEDENTE

DATA DO EXAME

Cardio-circulatório ☒ Negativo
Tolerância ao exercício
☐ Hipertensão
☐ Angina
☐ Coronariopatia
☐ Infarto do miocárdio
☐ Insuf. Cardíaca
☐ Outras _____

Respiratório ☒ Negativo
☐ Dependência O₂
☐ Apnéia do sono
☐ IVAS recente
☐ Expectoração
☐ Outras _____

Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo
☐ Ref. Gastro-esofágico
☐ Úlcera péptica
☐ Vômito/ diarreia
☐ Hérnia de hiato
☐ Obst. Intestinal
☐ Outras _____

Neurológico ☒ Negativo
☐ Convulsões
☐ Dormência/ fraqueza
☐ Lesão medular
☐ Outras _____

Renal ☒ Negativo
☐ Doença renal crônica
☐ Insuficiência renal
☐ Outras _____

Hematológico ☒ Negativo
☐ Transfusão prévia
☐ Plaquetopatia
☐ Outras _____

Músculo esquelético ☒ Negativo
☐ Dor lombar
☐ Musculodistrofia
☐ Outras _____

Endócrino ☒ Negativo
☐ Diabetes tipo _____
☐ Patologia da tireóide
☐ Outras _____

Câncer ☒ Negativo
☐ Quimioterapia
☐ Radioterapia
☐ Outras _____

Infeccioso ☒ Negativo
☐ HIV
☐ Outras _____

Gravidez ☒ Negativo
Idade gestacional _____ semanas

Crianças abaixo de 1 ano ☒ Negativo
Condições de Nascimento

☐ Internação ☐ Alta com a mãe
☐ Termo
☐ Pré-termo
Idade gestacional _____ semanas
Idade pós-conceitual _____ semanas
(idade gest. + idade atual)

Hábitos Sociais ☒ Negativo
☐ Tabaco
☐ Alcool
☐ Outras _____

Alergias ☒ Negativo

Tipo/Agente	Reação
NEGA	

Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes
NEGA		

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório
☐ Sim ☒ Não

Histórico familiar - problemas com anestesia
☐ Sim ☒ Não

Exame Físico
Cardíaco NEGA
Resp. NEGA
Neuro. NEGA
Regional NEGA
Outro _____

Laboratório
Hb 16,0 Ht 45,7 Na NEGA
K 3,7 Plaquetas 320 Glicose 114

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

NEGA

Via aérea
História de via aérea difícil
☐ Sim ☒ Não

Mallampati
☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno/mento
_____ cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias ☒ Negativo

Tipagem solicitada

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI
Emergência: ☐ Sim ☒ Não

Planejamento Anestésico

NEGA

Comentários sobre os achados

26 Negativo

02/03/13

CRM-CE 20250

Euziane Lopes Silva

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gilson Nascimento da Silva
Data de nascimento	16-07-1983
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Mãe Cristina (viúva)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Punho

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Iniciou em 07:00hs
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. 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			
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgia 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 21:35

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Mãe Cristina Pereira de Jesus

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 CIRURGICO - 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/CHARACTERÍSTICA DA DOR	Relatado: [1] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Relatado: [1] OK
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Relatado: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Relatado:
-----------------------------	-----------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Relatado:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Relatado:

CORREÇÃO


Assinado: C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 08:05 PM
v1021_02

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	Leito: 133410/3		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NIVEL DE ORIENTACAO	Realizado		
Nível de Consciência	Realizado		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Realizado		
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Realizado		
INTEGRIDADE FISICA E MENTAL	Realizado		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Viviane M. C. Viana Viana
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10.09.2018 - V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Gilboa nascimento da S. DATA DO NASCIMENTO 1/1/
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Enaf. DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO 22.08.18

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”

<input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem?	1 +
<input type="checkbox"/> História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
<input type="checkbox"/> Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
<input type="checkbox"/> Escorre alimento pela boca?	4 +
<input type="checkbox"/> Demora muito para engolir?	5 +
<input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
<input type="checkbox"/> Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
<input type="checkbox"/> Há tosse com líquido?	8 +
<input type="checkbox"/> Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
<input type="checkbox"/> Não consegue engolir?	10 +
<input type="checkbox"/> Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	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:	RISCO ALTO ()	RISCO MODERADO ()	RISCO BAIXO (<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)

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1
			Data da Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: Wilson Nascimento da Silva	Data de Nascimento:
Nº do prontuário:	Data de admissão: 22/05/18
Leito:	Data da realização da escala: 22/08/18

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1 4	Não Sim	
B	Condições de saúde	1 2 2 2	Sem doenças Crônicas Doenças Crônicas Doenças oportunistas Uso de medicamentos	1
C	Estado de consciência e orientação	1 2 2 4	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações da locomoção	1
D	Estado psico-cognitivo	1 2 3 4	Alerta e calma Depressivo Ansioso Agitação psicomotora	1
E	Comprometimento Sensorial	1 2 3 4	Sem comprometimento sensorial Dificuldade auditiva Dificuldade visual Dificuldade sensorial	1
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1 1 2 3 4	Independente e sem fator de risco Acamado Locomove-se apenas com ajuda Locomove-se com cadeira de rodas Locomove-se com ajuda de apoios de marcha Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
G	Alterações nas eliminações	1 4	Não Sim	1
SOMA DOS PONTOS:				7

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	Histoplasmosse
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	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

22/08/2019 18:37

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 10/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 309733 [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]
Etilista	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 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]



Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
 Convênio: HAPVIDA_MAIRIZ
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
 Dt. Nasc. 16/07/1988
 Nº Prescrição: 23817257
 Icto: 13341015
 Atendimento: 62143852
 Prontuário: 11762736
 Peso: 80,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE			33h	ORAL		CRM-13903
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total	500 ml		7,00 g/min	
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		20,83 mKcal/dia	500 ml			CRM-13903
3. CEFATOZOLINA SODICA (1,00g) (ID11)	Água Destilada	1g	1FRAP (FRAP C/1GR)	88h	EV	CRM-13903
4. CEIOPROFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1FRAP (FRAP C/100MG)	88h	EV	CRM-13903
5. TRAMADOL (50,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MG)	88h	EV	CRM-13903
Alta vigilância			100 ml			
6. DIFERONA AMP (500,00mg)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	88h	EV	CRM-13903
			18 ml			
7. PLAVIX (5,00mg)	Água Destilada	10mg	2ML (AMPL C/10MG)	88h	EV	CRM-13903
			18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						
						CRM-13903
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA						CRM-13903
10. PUNCAO C/ JELCO						CRM-13903
11. SINAIS VITAIS						CRM-13903
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						CRM-13903
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						CRM-13903
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						CRM-13903
15. COMPRESSÃO COM ETER						CRM-13903
16. Alta em: 19/09/2019						CRM-13903
Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE						
						</

D. Igor Rabelo
 Cirurgião de Mão/Membro Superior
 CRM-13903
 (RUBRICA) 19/09/2019 06:08

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 18:35

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

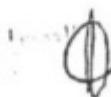
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145541 22/08/2019 às 18.34

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/08/2019	
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRÉ-OP DE PUNHO	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Sector De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	
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

DI. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

22/08/2019 18:33

Prontuário: 11762736

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Letto: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evolui estável

HD PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

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

(Handwritten signature)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 18:39

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 18/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23403482	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

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 18:20

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 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 mrpm	[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 MEDICA

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc. 16/07/1988

Nº Prescrição: 23406034

Leito: 1334103

22/08/2019 às 22:50

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Peso: 85,00 kg

Emissão: 22/08/2019

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

3x3h ORAL

2. Hidratação Venosa Fase Única Vol Total 500 ml 7,00 gts/min Acesso Periférico CRM-11

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20,83 mL 500 mL 1g 1 FRAP (FRAP CI 1GR) 8/8h EV CRM-11

3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (ID111) Água Destilada 1g 10 mL 1 FRAP (FRAP CI 1GR) 8/8h EV CRM-11

4. PROFENID IV (100,00mg) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 100 mL 1 FRAP (FRAP CI 100MG) 8/8h EV CRM-11

5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml) Água Destilada 1000mg 2 ML 18 mL (AMP CI 500MG) 6/6h EV CRM-11

6. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 2 ML 100 mL (AMP CI 100MG) 8/8h EV SN CRM-11

Ata vigilância 7. PLAMET (5,00mg/ml) Água Destilada 10mg 2 ML 18 mL (AMP CI 10MG) 8/8h EV CRM-11

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO SN CRM-11

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA SN CRM-11

10. PUNCAO CI JELCO SN CRM-11

11. SINAIS VITAIS SN CRM-11

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS SN CRM-11

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC SN CRM-11

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO SN CRM-11

15. COMPRESSÃO COM ETÉR SN CRM-11

17. Ata em: 22/08/2019 ALTA MELHORADO SN CRM-11

Ata dada por: BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Profissional: CRM-11736 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Dr. Bruno Mota
CRM-11736

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

DL Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

22/08/2019 2

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 43154135 22/08/2019 às 22:52

DIAGNÓSTICOS

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

redução incruenta do carpo

[1]

Cirurgião

bruno mota

[1]

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado

Sim

[1]

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

enc ao especialista em mao para cirurgia definitiva

[1]

Dr. Bruno Mota
Ocupação e Tr-
CRM 11736/1988

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 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

Leito: 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 cd. orientações imobilização enc ao especialista em mao para programação cirurgica alta hospitalar as 23:30h	[1]
CID 10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]

Dr. Bruno Mota
CRM 11738/2019
22/08/2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 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 11762736

Posto RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito 222/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1] Nº: 43155220 22/08/2019 às 23:37

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

23:49 G N S 31 ANOS SEXO MASCULINO ADMITIDO NA RPA NO
POI DE REDUÇÃO INCRUENTA DO PUNHO COM DR BRUNO MOTA E
SOB ANESTÉSIA 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 SATO2 99%
MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
ATÉ A ALTA HOSPITALAR PREVISTA PARA APÓS 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
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
22/08/2019 23:54

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuario: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 23406395

22/08/2019 às 23:54

Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES

Leito: 222/1

Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CIRURGICO

Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1]

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRURGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Relatório

[1] OK

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Relatório

[1] OK

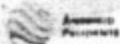
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS

Relatório


Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 ENF



PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 11:55 PM

Paciente	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc	16/07/1988	Atendimento	515.02878	Prontuário	11762736
Convênio	HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição	23406405	22/08/2019 às 23:55			
Posto	RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito	222/1				
Avaliação	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)						
Profissionais	SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)						
1 - ADMITIR/INSTALANDO							
OXÍMETRO DE PULSO		S/Não					
MONITOR CARDÍACO		S/Não					
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO							
PADRÃO RESPIRATÓRIO		S/Não					

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - R/R



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61500552

!U(W"

ESTE PRONTUÁRIO É 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 CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 17:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Di. 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

CONFERE PRONTUÁRIO
LEANDRO 21082
 [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]	
OUTROS 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]	

CONFERE COM PRONTUÁRIO
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 Leito: 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 mrpm	[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]

CONFERE E ASSINA
LEANDRO 21082
Assessor

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762738
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE COREN 788044 [1]			
Nº: 43145261 22/08/2019 às 18:28			

CUIDADOS DE ENFERMAGEM
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

PUNÇÃO C/ JELCO REALIZADO AS 18:28, EM 22/08/2019 POR MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 788044

[1]

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]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

 LEANDRO Z1082
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA**Di. 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:** 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 C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082
16/08/2019

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 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]

Nº: 43145541 22/08/2019 às 18:34

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 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]

CORRETO
LEANDRO 22082

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]

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]
-----------	-----	-----

Etilista	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 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]
-------	-----	-----

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

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

Prontuário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 200400906688 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

23/09/2019 17:01

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61612065

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MACEDO CRM 15158 [1]

Nº: 43361013 27/08/2019 às 15:22

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DE PUHO DIR

[1]

EM CAOMPANHAMENTO COM IGOR RABELO

Queixa Principal

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

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

18/09/2019 03:28:10

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
97534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector	16300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
9/09/2019	03:18		Day Clinic
Médico Atendente	Cln/ba		
004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	0 INTERNACAO		
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 OC 01	05

V. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1362514	99996666	D28045871	INTERNACAO
1362514	30731097	D28045871	TENOLISE NO TUNEL ORTEO FIBROSO
1362514	30732026	D28045863	ENXERTO OSSEO
1362514	30722888	D28045864	TRATAMENTO DA PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 20
			Material - 99835336 - PARAFUSO DE HERBERT - QTDE: 1
			Material - 99902506 - MINI ANCORA - QTDE: 1
1362514	30737052	D28045865	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #

NOTA DE SALA

19/09

451098

Atendimento:	62143852	Prontuário:	11762738	GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Cirurgia(s):	30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEIO FIBROSO	HAPVIDA_MATRI	
	30732026	ENXERTO OSSEO	30722888	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
	30737052	RECONSTRUCAO, RETENCONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #		
Sala Cirúrgica:	SALA CC 04	Setor Emissor:	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	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	34290	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	2
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	39144	ANTAK 2ML AMPL 2 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	39008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
134865	AGULHA STIMUPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	48593	GLUCOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML	1
134866	AGULHA STIMUPLEX 100 G-21X4 - 1 UD	1	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
51063	ALGODAO HIDROFLO - 500 GR	60	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	91537	NAROPIN SP 10MG 20 ML FRAP 20 ML	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	3	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	3
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	45233	XYLOCAINA CIAD 2% 20 ML FRAP 20 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1			
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	2			
134084	EQUIPO SIMPLIS CANJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1			
119495	FIO MONONYLON (1168T) - ETHILON* BLK 5-0 ENV 1 UD	2			
118818	FIO J&J POLYCOT (SPA43T) - POLYCOT* BLUE 3-0 ENV 1 UD	1			
32247	FIO J&J VICRYL (J406H) - VICRYL* VLT 3-0 70CM - 1 UD	1			
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	1			
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MI	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
30650	LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	4			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	30			
127683	PARAFUSO DE HERBERT - 1 UD	1			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
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	3			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	3			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Data: 19/09/2019

Cirurgião: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

Anestesiista: LUIZ FLÁVIO BRANDÃO RIBEIRO

Pág. 1 de 1

FICHA DE ANESTESIA

Nome: GILSON VASCONCELOS DE LIMA Idade: 34 Sexo: M Data: 18/08/20

Peso: 74 Pontuação: 11262236

Diagnóstico: Prostata de 40 cm

Cirurgia: Prostatectomia

Cirurgião: DR. J. G. A.

ASA: I

Convênio: NAPORAO

Sexo: F () M ()

Data: 18/08/20

ANTONIO PRUDENTE

08/20

INTERFERÊNCIAS PER. OP:

Ass. Anestesiista - CRM Dr. Luiz Flavio D. Ribeiro

Médico CRM-CE 19706

Condição final op: Beleza e pontos algemas

Condicionamento:

Local da Punção: Artéria

Agulha: 25G

Posição: 25G

Início: 08h30

Duração: 08h30

PERDAS	VOLUME	Líquidos
18	100	10
17	100	9
16	100	8
15	100	7
14	100	6
13	100	5
12	100	4
11	100	3
10	100	2
9	100	1

DRUGAS

1. 100ml - 100ml - 100ml

2. 100ml - 100ml - 100ml

3. 100ml - 100ml - 100ml

4. 100ml - 100ml - 100ml

5. 100ml - 100ml - 100ml

6. 100ml - 100ml - 100ml

7. 100ml - 100ml - 100ml

8. 100ml - 100ml - 100ml

9. 100ml - 100ml - 100ml

10. 100ml - 100ml - 100ml

BALANÇO

Entubação: Oro

Sonda: Naso

Respiração: Esponj

Absorvedor de: Sem

Local da Punção: Artéria

Agulha: 25G

Posição: 25G

Início: 08h30

Duração: 08h30

ANTONIO PRUDENTE



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 d

ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Envio: HAPVIDA_MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

19/09/2019 08

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11762738

Profissional(is): [REDACTED] N°: 44380520 19/09/2019 às 07:54

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S620

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) ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + CCE
- 3) REALIZADO INVENTÁRIO DA LESÃO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO SOB ESCOPIA
- 4) REALIZADO ACESSO VOLAR EM PUNHO DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS, TENOLISE DO FLEXOR RADIAL DO CARPO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO.
- 5) REALIZADO RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE REGIÃO METAFISARIA DE RADIO DISTAL DIREITO PARA PREENCHIMENTO DE FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO
- 6) IDENTIFICADO LESÃO DO LIGAMENTO RADIOESCAFOCAPITATO E FIBROCARILAGEM REALIZANDO-SE RECONSTRUÇÃO DESTES COM NYLON
- 7) PASSAGEM DE 01 PARAFUSO DE HEBERT EM ESCAFOIDE NUMERO 22MM
- 8) VISUALIZADO SÍNTESE SATISFATÓRIA SOB ESCOPIA
- 9) LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA + HEMOSTASIA LOCAL
- 10) SUTURA POR PLANOS
- 11) CURATIVO LOCAL + TALA GESSADA
- 12) ENCAMINHO PACIENTE À CRPA

[1]

Códigos Dos Procedimentos

- 30722888: TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE
 30732026: ENXERTO OSSEO
 30737052: RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO
 30731097: TENOLISE DE TUNEL OSTEOFIBROSO

[1]

Dr. Eduardo Guedes V. Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 11.104 RQE 8833

Dr. Igor Rabelo
 Ortopedia/Traumatologia
 Cirurgia da Mão/Microcirurgia
 CRM-PE 13903/TEOT 15474/RQE 9427

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: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): GEREANDIA GOSTA MAIOR (TÉCNICO DE ENFERMAGEM/COREN) Nº: 44379515 19/09/2019 às 07:24

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 Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em UI	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]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checamagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checamagem 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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 07:32

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762738

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada 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]

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc. 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Convênio: HAPVDA_MATRIZ

Nº Prescrição: 23817257

19/09/2019 às 06:04

Prontuário: 1762736

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Telto: 1334105

Peso: 80,00 kg

1. DATA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

32h ORAL

CRM-13903

2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol Total	500 ml	7,00 g/100ml	Acesso Periférico	CRM-13903
-----------------------------	-------------------	------------------	---------------	---------------------	--------------------------	------------------

3. SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 ml/cálculo	500 ml	1 FRAP (FRAP CI 1GR)	8/8h	EV	CRM-13903
---------------------------------	-------------------------	---------------	-----------------------------	-------------	-----------	------------------

4. CETOPROFENO IV (100,00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP CI 100MG)	8/8h	EV	CRM-13903
-------------------------------------	--------------	-------------------------------	-------------	-----------	------------------

5. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL CI 100MG)	8/8h	EV	CRM-13903
---------------------------------	--------------	-----------------------------	-------------	-----------	------------------

6. DIFERONAL AMP (500,00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL CI 500MG)	6/6h	EV	CRM-13903
---------------------------------------	---------------	-----------------------------	-------------	-----------	------------------

7. PLAVIET (5,00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL CI 10MG)	8/8h	EV	CRM-13903
-------------------------------	-------------	----------------------------	-------------	-----------	------------------

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	SN	CRM-13903
--------------------------------------	-----------	------------------

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA	SN	CRM-13903
---	-----------	------------------

10. PUNÇÃO CI JEICO	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 MEDIO	SN	CRM-13903
--	-----------	------------------

15. COMPRESSÃO COM ETER	SN	CRM-13903
--------------------------------	-----------	------------------

16. Alta em: 19/09/2019	ALTA MELHORADO	CRM-13903
--------------------------------	-----------------------	------------------

Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	CRM-13903
--	------------------

Profissional: CRM-13903	IGOR RABELO DE SALES ANDRADE
--------------------------------	-------------------------------------

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
FMM-13903/TEOT 15474/RDE 9427

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/09/2019 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 - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED	
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: [1] OK	
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL		Mantido: [1] OK	
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA			
Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO			
SINAIS VITAIS		Mantido:	

Sarah Joliana Saunders
Sarah Joliana Saunders - ENF
COREN - CE 521.482 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEMPágina 1 de 1
19/09/2019 09:38 AM
19/09/2019

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820318	19/09/2019 às 09:35	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXÍMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Naso.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Letto: 219/1

19/09/2019 09:33

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] N° 44385017 19/09/2019 às 09:28

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, CONSICENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS NO PERÍODO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE E CVP EM MSE. CURATIVO ÍNTEGRO. LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA 55VV PA 135 X 70 MMHG, FC 82 BPM, FR 17 MRPM, SATO2 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]

Sarah J. Saunders
Enfermeiro(a) - ENF
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	DI. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/5	
Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES N°: 44377476 19/09/2019 às 06:06			
DIAGNÓSTICOS			
CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR (ESCAFOIDE) DA MAO	[1]	
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS			
Cirurgia Realizada	TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE	[1]	
Cirurgião	DR. IGOR RABELO	[1]	
Data da Cirurgia	19/09/2019	[1]	
ALTA / TRANSFERÊNCIA			
Paciente Melhorado	Sim	[1]	
ORIENTAÇÕES GERAIS			
Dieta	GERAL	[1]	
Exercícios	PROIBIDO	[1]	
Orientações Diversas	VIDE ORIENTAÇÕES EM ANEXO	[1]	

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-SP 133410/5

PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gulson Damiamento da Silva
Data de nascimento	10/04/1988
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Avó (noiva)
Procedimento a ser realizado	Tanduse

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	
Em uso de alguma medicação?		X	
Problemas cardíacos?		V	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		redução ungueal
Identificação com pulseira	X		use

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 cirurgia realizou:

3. Termos:

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

Local e data: FORTALEZA 10/10/19

Horário:

Assinatura do paciente ou responsável

Xistha Cristina Pereira

Assinatura do responsável pela realização deste questionário

Aune



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 19/09/19

10:00h

Nº PRONTUÁRIO: 1176236

NOME COMPLETO:

GILBERTO NASCIMENTO DA SILVA

CIRURGIA REALIZADA:

EX PLUMBHO M5B

DATA NASC: 16/01/88

IDADE: 31A

PESO:

SEXO: KM 1M

HORA DA ENTRADA NA RPA: 08:15h

HORA	PA (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (lpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dL)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
08:15	147x80	79	16	34.7	—	100%	0	—
08:30	151x83	78	18	35.0	—	100%	0	—
08:45	129x75	75	18	35.7	—	100%	0	—
09:00	125x75	76	19	35.5	—	100%	0	—
09:25	135x79	93	19	35.9	—	100%	0	—
10:15	134x82	91	19	36.0	—	99%	0	—

ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK

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

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

Sem intercorrências

HORÁRIO DA ALTA DA RPA: 10:05

MÉDICO(A):

ENFERMEIRO(A):

SUBD. JHONAS SANTOS GUEDES
COREN - CECIMM - SP



Faz bem pre você

(Preencher quando não houver a(licença)

Nome completo (paciente): GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: _____ Data de Nascimento: 16/07/1988

Médico: _____

CRM: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anesthesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Proprio de Dorso ou a seguinte alternativa anestésica Anestesia Geral

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

19 de 09 de 20 2019

Hora: _____

Nome legível: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Assinatura: Gilson

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expus 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. Luiz Fernando B. Ribeiro
Médico
CRM-CE: 19706

Dr. Luiz Fernando B. Ribeiro

Nome legível: _____ CRM e visto ou carimbo com CRM e visto



Prontuários:

DÍAGNÓSTICO

Planejamento Anestésico

ASSINATURA

Dr. Luiz Flávio Ribeiro
Médico
CRM-CE 15706

COM-CE: 19706

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 05:59

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 RABELO DE SALES ANDRADE, MEDICO, CRM 13903 RJ

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 TERAPÊUTICOS

Principal

tratamento cirurgico de fratura de pseudoartrose do escafóide.

[1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias

1 Dias

[1]

Saída Certa

Motivo

vide orientações em anexo

[1]

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-CF 13903 / RQE 15474 / RQE 9427

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 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

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE, ENFERMEIRO DE ENFERMAGEM GOREN

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

PRÉ-OPERATÓRIO

[1]

Tipo De Cirurgia

Eletiva

Data Da Cirurgia

19/09/2019

Pulseira De Identificação

MSE

Comorbidades

NEGA

Nome, dosagem, frequência

NEGA

Alergia- Descrição

NEGA

Tabagista

Não.

Etilista

Não.

Cirurgias Anteriores

SIM.

Avaliação Das Condições Emocionais

Cooperativa.

Orientações Ao Paciente

CIRURGIA.

Reserva de Hemoderivados

NUTRICIONAL/METABÓLICO

Jejum

SIM.

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

ENF. BENEDITO

Hora

06:20

Sala

04

Condições Da Pele ao Início da cirurgia

INTEGRA

Início Da Anestesia

06:30

Término Da Anestesia

07:55

Início Da Cirurgia

07:10

Término Da Cirurgia

07:50

Instrumentador

MARCIA

Circulante

GERLANDIA

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL

Membro Ou Lado A Ser Operado

MSD

Numero Inicial De Compressas

10 UD

Numero Total De Compressas Inseridas

10 UD

Contagem Final De Compressas

10 UD

KEFAZOL 2 G AS 06:30

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 08:14

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DT. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Medicações/hora

Exames De Imagem

Sim

Clorexedine Alcoólico

Sim

[1]

Clorexedine Degermante

Sim

[1]

Material

PEQUENOS FRAGMENTOS

[1]

Fornecedor

ORTOGESSES

[1]

Grau De Contaminação

LIMPA

[1]

Encaminhamento Do Paciente

SRPA

[1]

Encaminhamento Do Paciente

[1]

Horário De Saída Da S.O

08:10

[1]

SINAIS VITAIS

T

35 °C

[1]

Pulso

80 bpm

[1]

PA

143,73

[1]

FC

80 bpm

[1]

FR

19 mrpm

[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2

100 %

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

19/09/19

[1]

Hora

07:50

[1]

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

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,APÓS O PROCEDIMENTO SEGUE PARA SRPA SEM INTERCORRÊNCIAS SOB OS CUIDADO DA ENFERMAGEM CURATIVO COM GESSO,PULSEIRA NO MSE.

[1]

Intercorrências

SEM

Eletrodos

TORAX

[1]

Incisão Cirúrgica

MSD

[1]

Punções Venosas

MSE

[1]

PÓS-OPERATÓRIO

[1]



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 às 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:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM 13903

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 13903/ROF 15474/PQE 9477

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BQEGT99Q2U0K0

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
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC-15510 / RQE-15554 / RQE-10142

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHTIS99Q2I6I2
Solicitacao 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

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14.370/RQE: 0560/TEOT: 16.316

Local e Data

Assinatura do Médico

RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

CRM 14370

Aceito a Colocação do CID Assinado us _____

Código de Autenticação : BXFKK99Q2Q6I2

Solicitacao 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 13903 / RQE 9427

Assinatura do Médico

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
CRM 19510

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BCFKA89Q2R112
Solicitacao da Senha : 26/08/2019 09:25:36

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA
às 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:

S59

.....
Codigo da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

Glauber Correia Melo
Médico
CREMEC 18.996

GLAUBER CORREIA MELO

CRM 18996

Aceito a Colocação do CID Assinado US _____

Código de Autenticação : BS7WV89Q2T712
Solicitação da Senha 21/08/2019 21:17:44

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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1084491110

NOME
GILSON NASCIMENTO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
2004009066881 SSP CR

CPF DATA NASCIMENTO
019.692.643-22 16/07/1988

FILIAÇÃO
GERALDO PAULA DA SILVA
MARIA DE FATIMA
NASCIMENTO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATAS
AB

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

Idon Vasconcelos Ponte
ASSINATURA DO EMISOR

62809603184
CE146518934

DETRAN CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1084491110

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

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
048.217.413-77 18/06/1990

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

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
05034566735 06/10/2022 17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 16/10/2017

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR
1545039440

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014419529420
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA - COD RENAVAM - R.N.T.R.C - EXERCÍCIO
PPT 01 305799509 0000000000 2019

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ - PLACA
01969264322 NURB400/CE

PLACA ANT / UF - CHASSI
/CE 9C2KC1670BR510056

ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAD APLIC. GASOL/ALCO

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI 2011 2011

CAP. POT. CL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
1ª 1ª 2ª 3ª

FAIXA LPVA - PARCELAMENTO / COTAS
1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IDP (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 02/01/2019

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA LOCAL - DATA
01/02/2019

Assinatura do Superintendente

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

CE Nº 014419529420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01969264322 NURB400/CE

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

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

014419529420 32595356184

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2019 01/02/2019

VA - 01 - 01969264322 - PLACA
01 NURB400

RENAVAM - MARCA / MODELO
305799509 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. - COT. VIE. - Nº CHASSI
2011 PART 9C2KC1670BR510056

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IDP (R\$) - TOTAL SEM NO RENDIMENTO
4.15 0.32 84.58

COTA ÚNICA - PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
X 02/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.543.603/0001-04

MOTQR: KC16E7B510056 03061

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: GILSON 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: GILSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.64322

7 - Profissão: SP. DE CURADOR 8 - Endereço: RUA: ITAPOA, 1395 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: ARINDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150

15 - E-mail: MC527310 @ 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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Peço 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)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 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 MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE. ATINDENDO 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

A70

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Shoensolus
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: 000000077648-0

Nr. da Autenticação 8B2673C2B321E30A

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu 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
E-mail: RC527310@GMAIL.COM	CEP: 60.762-775	
		Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 25 DE NOVEMBRO DE 2019

x Alexandre Barbosa da Cruz
Assinatura do Declarante

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasc: 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 MOTOCLÍSTICO 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
MÚSCULOESQUELÉTIC
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

Glauber Correia Melo
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

Atestado
Atesto para o Sr.
Sr. Gilson
Nascimento de Sousa -
Portador de deficiência
física, portador de lesão
na coluna cervical, com
21/08/2019 Sub-
missão a tratamento fis-
ioterápico e medicamentosos.
Tratamento com fisioterapia
e medicamentos com
foco no fortalecimento do grupo
muscular de suporte
da coluna cervical e de
50% de redução da dor.
Tratamento com fisioterapia
e medicamentos.
Data: 20/11/19

Dr. João Batista Gomes de Silva
Médico - CRM 8155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 20/11/19.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL. Naso: 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 MOTOCLÍSTICO 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 MÚSCULOESQUELÉTICA [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]
Assinatura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
TOMOGRAFIA - HAL
NºPedido: 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
Endereco R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel 987534117
Convenio HAPVIDA
Matricula 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

NºPedido: 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

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

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) IGOR RABELO DE SALE

CENTRO CIRURGICO

Queixa Principal:

INTERNACAO

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS DIREITO

!a1IWE

6214385231

RELATÓRIO:

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 a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

19/09/2019
SERIE 1/1
MAGNUM 1/2

SHIRLEY HANCOCK, 71, 11501 38th St, VA | 540-744-1100



Open 1024 MC 512



POR 14:58
PTB2 25/11/2019

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

25/11/2019

SÉRIE: 1/3
IMAGEM: 1/1



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

70%
Qualidade

19%
W: 1023 L: 511

72%
Qualidade



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

15%
W: 1023 L: 511



SÉRIE: 3/3
IMAGEM: 1/1

70%
Qualidade



24%
W: 1023 L: 511

Navigation and tool icons for the X-ray viewer, including zoom, pan, and window/level controls.

POR 14:54
PRB2 25/11/2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 22:51

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
 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

[1]

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
[Assinatura]
 Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA DL. Nasc.: 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 MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS, DE CAPACETE, ATINDENDO 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

Assinatura
 Assinatura

**FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS**

 Atendimento
61502878


22/08/2019 22 03 26

ESTE 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: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

47.35350

Atendimento:	61502878	Prontuário:	11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCI	Tipo Anestesia:	SEDACAO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	222
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
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
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 CLACIATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO [ATAD 10CM] ROLO 1 UD	2	43800	SORO FISIOLÓGICO 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 1 30X1.60 - 1 UD	2			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4			
134084	EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINCO - 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	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	120			
50872	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/10 PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50			
50849	PROTES 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			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

[Handwritten signature]

FICHA DE ANESTESIA



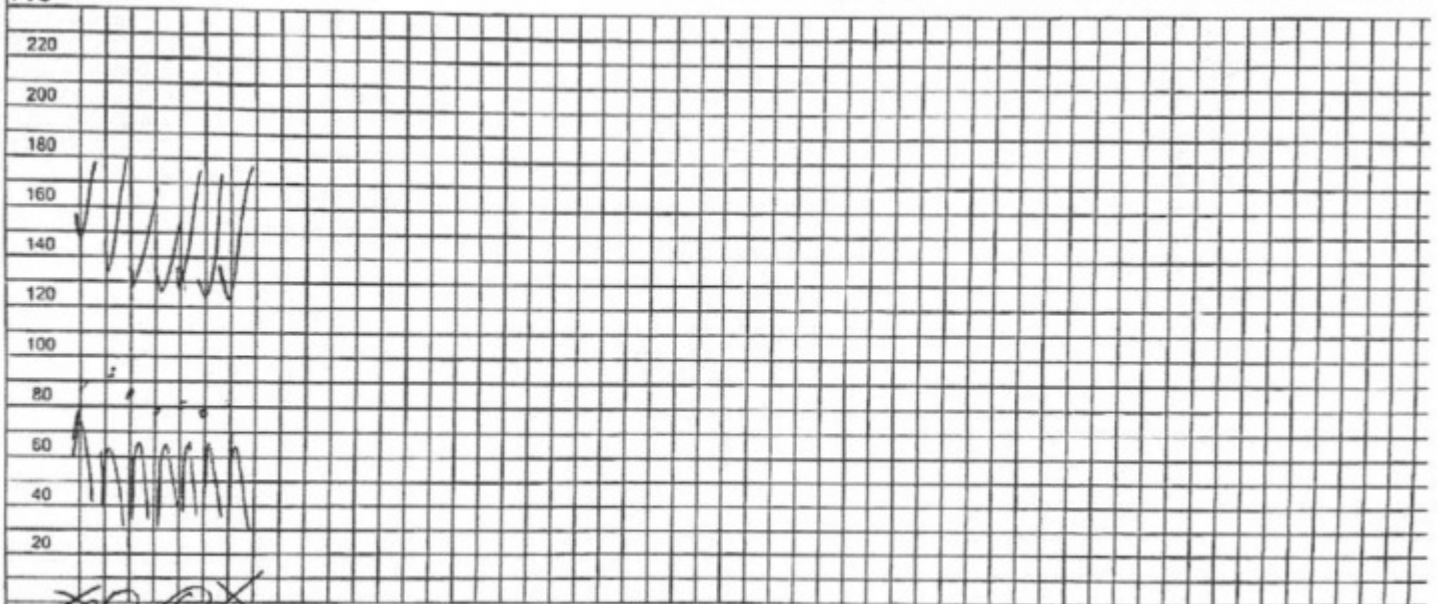
**ANTONIO
PRUDENTE**

Nome: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Data: 22/03/19
 Idade: 31a Peso: 73kg Sexo: F M
 Prontuário: 11762736 Convênio: HARVIA
 Diagnóstico: FRATURO DE PUNHO DIREITO
 Cirurgia: REDUÇÃO FRATURAS DE PUNHO DIREITO Anestesia: SEDACIÃO
 Cirurgião: DR. GILSON MOTA ASA: I

A	HORA	23.00
G	O ₂	
E	NO	
N	Ar	
T	FAS	
E	COTA	
S	Pne	

LÍQUIDOS

CARDIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂	ETC O ₂			



DROGAS	EVENTO
1 Fentanyl 100 µg	A Lidartrina 20mg + Cheek-45
2 Cetaril 20mg	B Sonda
3 Propofol 100mg	C
4 Lidartrina 20mg	D
5 Naloxona 2mg	E
6 Naloxona 2mg	F
7	G
8	H
9	I
10	J

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação	Oro	Naso	Sonda
R. LÍQUIDO	500-2				Respiração	Espon	Assist	Mecân
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição	DDT	Local da Punção	
					Aguilha	Técnica		
					Início	22.00	Final	23.00
					Duração	23.00		

Condição final op: REG. SUPLEN. ESSENCIAL

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesiista - CRM

Euziane Lopes Silva
Anestesiologista
CRM-CE 20290

FICHA DE ANESTESIA REF 74411

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 axila apimar
a rpa

Códigos Dos Procedimentos 30721180

Dr. Bruno Mota
CRM 11736
RUA 11736, 11736
11736

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página:

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): KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,
COREN 675867 [1]

Nº: 43152912 22/08/2019 às 22:05

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 Uti	NÃO SE APLICA.
Kit Cirurgico 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.
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	NÃO
Checação 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 Geral
ACC III/11/17-1988

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 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 CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

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

Dr. Bruno Mota
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 117247-01/15867

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

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

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 [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 carpo [1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias 1 Dias [1]

Impressão e Assinatura
CREMEC 11/25/19 17:15:56

**ANTONIO
PRUDENTE**

4/12

DATA: 22/08/19

NOME COMPLETO: Edson Nardimando de A.

SEXO: F	M	I	F
PESO: 50	55	60	65
DATA NASC: 16/07/88	16/07/88	16/07/88	16/07/88
IDADE: 35	35	35	35
CIRURGIA REALIZADA: Redução de mama	Redução de mama	Redução de mama	Redução de mama

CIRURGIÃO: _____ SEAU: 1 JM 1 JH
HORA DA ENTRADA NA RPA 27 30

—HORA DA ENTRADA NA RPA 22 30

HORA	PA (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (l/min)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
22.30	152x76	35 bpm	19 rpm	34,5°C	—	100%	0	Adm 1267812
22.45	153x74	36 bpm	19 rpm	34,6°C	—	100%	0	Adm 1267812
23.00	139x73	84 bpm	19 rpm	34,8°C	—	100%	0	Adm 1267306
23.15	155x74	93 bpm	18 rpm	35,2°C	—	99%	0	Adm 1267812
23.30	143x68	90 bpm	18 rpm	35,4°C	—	99%	0	Adm 1267812
00.00	140x69	80 bpm	15 rpm	35,0°C	—	99%	0	Adm 1267812
00.30	135x78	110 bpm	15 rpm	35,9°C	—	100%	0	Adm 1267812

INDICE DE ALDRETE E KROULIK

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

INDICE DE
ALDRETE E
KROULIK

INDICE DE ALDRETE E KROULIK		HORA	
CONSCIENCIA	2	23	50
ATIVIDADE	2		
RESPIRAÇÃO	2		
CIRCULAÇÃO	2		
SpO2	2		
TOTAL	10		

OBSERVAÇÃO MÉDICA.

thorische Aufnahme der $\pi\pi$ aus EG,
Euphonia, Consiente, Memo de nauica-
mente Esbaue

HORARIO DA ALTA DA RPA 01:00

MEDICO(A) Dr. Carlos Roberto Costa de Carvalho
 QUA Rua Aracati, 1115
 CRUZEIRO DO SUL
 FONE: 346

ENFERMEIRO(A) placido

Small Island Sweden's Green
Crown - CE 921 M2 - 010



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver sigla)

Nome completo (paciente):

CPI:

Médico:

CRIA:

Data de Nascimento: / /

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

22 de 10 de 20 17

Horas: _____

Nome legível: _____

Assinatura: Uma Cristina

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Euziane Lopes Silva
CRM 12290
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: GILSON MOURA NO 31

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

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 PRECEDENTE

DATA DO EXAME

Cardio-circulatório
☒ Negativo
☐ Tolerância ao exercício
☐ Hipertensão
☐ Angina
☐ Coronariopatia
☐ Infarto do miocárdio
☐ Insuf. Cardíaca
☐ Outras _____

Respiratório
☒ Negativo
☐ Dependência O₂
☐ Apnéia do sono
☐ IVAS recente
☐ Expectoração
☐ Outras _____

Gastrointestinal/hepático
☒ Negativo
☐ Ref. Gastro-esofágico
☐ Úlcera péptica
☐ Vômito/ diarreia
☐ Hérnia de hiato
☐ Obst. Intestinal
☐ Outras _____

Neurológico
☒ Negativo
☐ Convulsões
☐ Dormência/ fraqueza
☐ Lesão medular
☐ Outras _____

Renal
☒ Negativo
☐ Doença renal crônica
☐ Insuficiência renal
☐ Outras _____

Hematológico
☒ Negativo
☐ Transfusão prévia
☐ Plaquetopatia
☐ Outras _____

Músculo esquelético
☒ Negativo
☐ Dor lombar
☐ Musculodistrofia
☐ Outras _____

Endócrino
☒ Negativo
☐ Diabetes tipo _____
☐ Patologia da tireóide
☐ Outras _____

Câncer
☒ Negativo
☐ Quimioterapia
☐ Radioterapia
☐ Outras _____

Infeccioso
☒ Negativo
☐ HIV
☐ Outras _____

Gravidez
☒ Negativo
Idade gestacional _____ semanas

Crianças abaixo de 1 ano
☒ Negativo
Condições de Nascimento _____

Interação
☐ Alta com a mãe
☐ Termo
☐ Pré-termo
Idade gestacional _____ semanas
Idade pós-conceitual _____ semanas
(idade gest. + idade atual)

Hábitos Sociais
☒ Negativo
☐ Tabaco
☐ Alcool
☐ Outras _____

Alergias
☒ Negativo

Tipo/Agente	Reação
NEGA	

Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes
NEGA		

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório
☐ Sim ☒ Não

Histórico familiar - problemas com anestesia
☐ Sim ☒ Não

Exame Físico
Cardíaco NEGA
Resp. NEGA
Neuro NEGA
Regional NEGA
Outro _____

Laboratório
Hb 16,0 Ht 45,7 Na NEGA
K 3,7 Plaquetas 320 Glicose 114

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

NEGA

Via aérea
História de via aérea difícil
☐ Sim ☒ Não

Mallampati
☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno/mento
_____ cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias ☒ Negativo

Tipagem solicitada

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI
Emergência: ☐ Sim ☒ Não

Planejamento Anestésico

Comentários sobre os achados

26 Negativo

02/03/13

NEGA

NEGA

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gilson Nascimento da Silva
Data de nascimento	16-07-1983
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Mãe Cristina (viúva)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Punho

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

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Ingeriu em 07:00hs
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. 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			
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgia 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 21:35

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Mãe Cristina Pereira de Jesus

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 CIRURGICO - 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/CHARACTERÍSTICA DA DOR	Relatado: [1] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Relatado: [1] OK
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Relatado: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Relatado:
-----------------------------	-----------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Relatado:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Relatado:

CORREÇÃO


Assinado: C. Viana Teixeira
CORREÇÃO 308612 ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 08:05 PM
v1021_02

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	Leito: 133410/3		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NIVEL DE ORIENTACAO	Realizado		
Nível de Consciência	Realizado		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Realizado		
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Realizado		
INTEGRIDADE FISICA E MENTAL	Realizado		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Viviane M. C. Viana Viana
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10.09.2018 - V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Gilboa nascimento da S. DATA DO NASCIMENTO 1/1/
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Enaf. DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO 22.08.18

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”

<input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem?	1 +
<input type="checkbox"/> História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
<input type="checkbox"/> Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
<input type="checkbox"/> Escorre alimento pela boca?	4 +
<input type="checkbox"/> Demora muito para engolir?	5 +
<input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
<input type="checkbox"/> Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
<input type="checkbox"/> Há tosse com líquido?	8 +
<input type="checkbox"/> Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
<input type="checkbox"/> Não consegue engolir?	10 +
<input type="checkbox"/> Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	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:	RISCO ALTO()	RISCO MODERADO()	RISCO BAIXO(X)
-------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------

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)

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1
			Data da Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: <u>Wilson Nascimento da Silva</u>	Data de Nascimento:
Nº do prontuário:	Data de admissão: <u>22/05/18</u>
Leito:	Data da realização da escala: <u>22/08/18</u>

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1 4	Não Sim	
B	Condições de saúde	1 2 2 2	Sem doenças Crônicas Doenças Crônicas Doenças oportunistas Uso de medicamentos	1
C	Estado de consciência e orientação	1 2 2 4	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações da locomoção	1
D	Estado psico-cognitivo	1 2 3 4	Alerta e calma Depressivo Ansioso Agitação psicomotora	1
E	Comprometimento Sensorial	1 2 3 4	Sem comprometimento sensorial Dificuldade auditiva Dificuldade visual Dificuldade sensorial	1
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1 1 2 3 4	Independente e sem fator de risco Acamado Locomove-se apenas com ajuda Locomove-se com cadeira de rodas Locomove-se com ajuda de apoios de marcha Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
G	Alterações nas eliminações	1 4	Não Sim	1
SOMA DOS PONTOS:				7

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	Histoplasmosse
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	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

22/08/2019 18:37

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 10/07/1988 Atendimento: 61500552 Prontuário: 11762736
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
 Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 309733 [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]
Etilista	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 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]

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
 Convênio: HAPVIDA_MAIRIZ
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
 Dt. Nasc. 16/07/1988
 Nº Prescrição: 23817257
 Icto: 13341015
 Atendimento: 62143852
 Prontuário: 11762736
 Peso: 80,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE			32h	ORAL		CRM-13903
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total	500 ml		7,00 g/min	Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		20,83 mKcal/dia	500 ml			CRM-13903
3. CEFATOZOLINA SODICA (1,00g) (ID11)	Água Destilada	1g	1FRAP (FRAP C/1GR)	88h	EV	CRM-13903
4. CEFIOPROFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1FRAP (FRAP C/100MG)	88h	EV	CRM-13903
5. TRAMADOL (50,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MG)	88h	EV	CRM-13903
Alta vigilância			100 ml			CRM-13903
6. DIFENIDRAMINA AMP (500,00mg)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	88h	EV	CRM-13903
			18 ml			
7. PLAVIX (5,00mg)	Água Destilada	10mg	2ML (AMPL C/10MG)	88h	EV	CRM-13903
			18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						CRM-13903
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA						CRM-13903
10. PUNÇÃO C/ JELCO						CRM-13903
11. SINAIS VITAIS						CRM-13903
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						CRM-13903
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						CRM-13903
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						CRM-13903
15. COMPRESSÃO COM ETER						CRM-13903
16. Alta em: 19/09/2019	ALTA MELHORADO					CRM-13903
Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						
CRM-13903						

D. Igor Rabelo
 Cirurgião de Mão/Membro Superior
 CRM-13903
 (RUBRICA) 19/09/2019 06:08

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 18:35

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

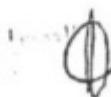
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145541 22/08/2019 às 18.34

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/08/2019	
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRÉ-OP DE PUNHO	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		[1]
Sector De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	
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

DI. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

22/08/2019 18:33

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Letto: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evolui estável

HD PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

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 18:39

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 18/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23403482	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

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 18:20

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 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 mrpm	[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 MEDICA

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc. 16/07/1988

Nº Prescrição: 23406034

Leito: 1334103

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Peso: 85,00 kg

Emissão: 22/08/2019

1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE

3x3h ORAL

2. Hidratação Venosa Fase Única Vol Total 500 ml 7,00 gts/min Acesso Periférico CRM-11

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20,83 mL 500 mL 1g 1 FRAP (FRAP CI 1GR) 8/8h EV CRM-11

3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (ID11) Água Destilada 1g 10 mL 1 FRAP (FRAP CI 1GR) 8/8h EV CRM-11

4. PROFENID IV (100,00mg) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 100 mL 1 FRAP (FRAP CI 100MG) 8/8h EV CRM-11

5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml) Água Destilada 1000mg 2 ML 18 mL (AMP PL CI 500MG) 6/6h EV CRM-11

6. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 2 ML 100 mL (AMP PL CI 100MG) 8/8h EV SN CRM-11

7. PLAMET (5,00mg/ml) Água Destilada 10mg 2 ML 18 mL (AMP PL CI 10MG) 8/8h EV CRM-11

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO SN CRM-11

9. CURATIVO MEDIO + SF + GAZE ACOLCHOADA SN CRM-11

10. PUNÇÃO CI JELCO SN CRM-11

11. SINAIS VITAIS SN CRM-11

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS SN CRM-11

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC SN CRM-11

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO SN CRM-11

15. COMPRESSÃO COM ETÉR SN CRM-11

17. Alta em: 22/08/2019 ALTA MELHORADO SN CRM-11

Alta dada por: BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Profissional: CRM-11736 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Dr. Bruno Mota
CRM-11736

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

DL Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

22/08/2019 2

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 43154135 22/08/2019 às 22:52

DIAGNÓSTICOS

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

redução incruenta do carpo

[1]

Cirurgião

bruno mota

[1]

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado

Sim

[1]

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

enc ao especialista em mao para cirurgia definitiva

[1]

Dr. Bruno Mota
Ocupação e Tr.
CRM 11736/1988

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 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

Leito: 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 11738/1986
22/08/2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc: 16/07/1980

Atendimento 61502878

Prontuário 11762736

22/08/2019 23:53

Posto RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito 222/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1] Nº: 43155220 22/08/2019 às 23:37

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

23:49 G N S 31 ANOS SEXO MASCULINO ADMITIDO NA RPA NO
POI DE REDUÇÃO INCRUENTA DO PUNHO COM DR BRUNO MOTA E
SOB ANESTÉSIA 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 SATO2 99%
MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
ATÉ A ALTA HOSPITALAR PREVISTA PARA APÓS 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
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
22/08/2019 23:54

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuario: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 23406395

22/08/2019 às 23:54

Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES

Leito: 222/1

Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CIRURGICO

Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1]

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRURGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Relatório

[1] OK

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Relatório

[1] OK

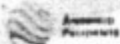
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS

Relatório


Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 ENF



PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 11:55 PM

Paciente	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc	16/07/1988	Atendimento	515.02878	Prontuário	11762736
Convênio	HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição	23406405	22/08/2019 às 23:55			
Posto	RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito	222/1				
Avaliação	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)						
Profissionais	SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)						
1 - ADMITIR/INSTALANDO							
OXÍMETRO DE PULSO		Situado					
MONITOR CARDÍACO		Situado					
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO							
PADRÃO RESPIRATÓRIO		Situado					

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - R/R



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61500552

!U(W"

ESTE PRONTUÁRIO É 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 CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 17:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Di. 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

CONFERE PRONTUÁRIO
LEANDRO 21082

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]
OUTROS 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]

CONFERE COM PRONTUÁRIO
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: 11762738

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 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 mrpm	[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]

CONFERE O PACIENTE
LEANDRO 21082
Ass: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762738
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE COREN 788044 [1]		Nº: 43145261	22/08/2019 às 18:28

CUIDADOS DE ENFERMAGEM
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

PUNÇÃO C/ JELCO REALIZADO AS 18:28, EM 22/08/2019 POR MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 788044

[1]

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]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

 LEANDRO Z1082
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 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): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

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 C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082
16/08/2019

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 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]

Nº: 43145541 22/08/2019 às 18:34

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 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]

CORRETO
LEANDRO 22082

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]

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]
-----------	-----	-----

Etilista	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 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]
-------	-----	-----

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61612065

!`7d"

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

23/09/2019 17:50:30

Prontuário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 200400906688 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

23/09/2019 17:01

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61612065

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MACEDO CRM 15158 [1]

Nº: 43361013 27/08/2019 às 15:22

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DE PUHO DIR

[1]

EM CAOMPANHAMENTO COM IGOR RABELO

Queixa Principal

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

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

18/09/2019 03:28:10

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
97534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector	16300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
9/09/2019	03:18		Day Clinic
Médico Atendente	Cln/ba		
004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	0 INTERNACAO		
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 OC 01	05

V. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1362514	99996666	D28045871	INTERNACAO
1362514	30731097	D28045871	TENOLISE NO TUNEL ORTEO FIBROSO
1362514	30732026	D28045863	ENXERTO OSSEO
1362514	30722888	D28045864	TRATAMENTO DA PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 20
			Material - 99835336 - PARAFUSO DE HERBERT - QTDE: 1
			Material - 99902506 - MINI ANCORA - QTDE: 1
1362514	30737052	D28045865	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #

NOTA DE SALA

19/09

451098

Atendimento:	62143852	Prontuário:	11762738	GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Cirurgia(s):	30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEIO FIBROSO	HAPVIDA_MATRI	
	30732026	ENXERTO OSSEO	30722888	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
	30737052	RECONSTRUCAO, RETENCONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #		
Sala Cirúrgica:	SALA CC 04	Setor Emissor:	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	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	34290	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	2
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	39144	ANTAK 2ML AMPL 2 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	39008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
134865	AGULHA STIMUPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	48593	GLUCOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML	1
134866	AGULHA STIMUPLEX 100 G-21X4 - 1 UD	1	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
51063	ALGODAO HIDROFLO - 500 GR	60	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	91537	NAROPIN SP 10MG 20 ML FRAP 20 ML	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	3	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	3
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	45233	XYLOCAINA CIAD 2% 20 ML FRAP 20 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1			
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	2			
134084	EQUIPO SIMPLIS CANJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1			
119495	FIO MONONYLON (1168T) - ETHILON* BLK 5-0 ENV 1 UD	2			
118818	FIO J&J POLYCOT (SPA43T) - POLYCOT* BLUE 3-0 ENV 1 UD	1			
32247	FIO J&J VICRYL (J406H) - VICRYL* VLT 3-0 70CM - 1 UD	1			
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	1			
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MI	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
30650	LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	4			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/MRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	30			
127683	PARAFUSO DE HERBERT - 1 UD	1			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
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	3			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	3			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Data: 19/09/2019

Cirurgião: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

Anestesiista: LUIZ FLÁVIO BRANDÃO RIBEIRO

Pág. 1 de 1

[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 d

ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Envio: HAPVIDA_MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

19/09/2019 08

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11762738

Profissional(is): [REDACTED] N°: 44380520 19/09/2019 às 07:54

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S620

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) ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + CCE
- 3) REALIZADO INVENTÁRIO DA LESÃO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO SOB ESCOPIA
- 4) REALIZADO ACESSO VOLAR EM PUNHO DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS, TENOLISE DO FLEXOR RADIAL DO CARPO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO.
- 5) REALIZADO RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE REGIÃO METAFISARIA DE RADIO DISTAL DIREITO PARA PREENCHIMENTO DE FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO
- 6) IDENTIFICADO LESÃO DO LIGAMENTO RADIOESCAFOCAPITATO E FIBROCARILAGEM REALIZANDO-SE RECONSTRUÇÃO DESTES COM NYLON
- 7) PASSAGEM DE 01 PARAFUSO DE HEBERT EM ESCAFOIDE NUMERO 22MM
- 8) VISUALIZADO SÍNTESE SATISFATÓRIA SOB ESCOPIA
- 9) LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA + HEMOSTASIA LOCAL
- 10) SUTURA POR PLANOS
- 11) CURATIVO LOCAL + TALA GESSADA
- 12) ENCAMINHO PACIENTE À CRPA

[1]

Códigos Dos Procedimentos

- 30722888: TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE
 30732026: ENXERTO OSSEO
 30737052: RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO
 30731097: TENOLISE DE TUNEL OSTEOFIBROSO

[1]

Dr. Eduardo Guedes V. Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 11.104 RQE 8833

Dr. Igor Rabelo
 Ortopedia/Traumatologia
 Cirurgia da Mão/Microcirurgia
 CRM-PE 13903/TEOT 15474/RQE 9427

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: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): GEREANDIA GOSTA MAIOR (TÉCNICO DE ENFERMAGEM/COREN) Nº: 44379515 19/09/2019 às 07:24

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 Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em UI	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]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checamagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checamagem 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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

19/09/2019 07:32

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11762738

Leito: 133410/5

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada 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]

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc. 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Convênio: HAPVDA_MATRIZ

Nº Prescrição: 23817257

19/09/2019 às 06:04

Prontuário: 1762736

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Telto: 13341005

Peso: 80,00 kg

1. DATA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

32h ORAL

CRM-13903

2. Hidratação Venosa Fase Única 20,83 Vol Total 500 ml 500 ml 7,00 g/100ml Acesso Periférico

CRM-13903

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1FRAP (FRAP CI 1GR) 8/8h EV 10 ml 1FRAP (FRAP CI 100MG) 8/8h EV 100 ml 2 ML (AMPL CI 100MG) 8/8h EV 100 ml 2 ML (AMPL CI 500MG) 6/6h EV 18 ml 2 ML (AMPL CI 10MG) 8/8h EV 18 ml

CRM-13903

4. CETOPROFENO IV (100,00mg) 100mg 1FRAP (FRAP CI 100MG) 8/8h EV 100 ml

CRM-13903

5. TRAMADOL (50,00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL CI 100MG) 8/8h EV 100 ml

CRM-13903

6. DIFERONA AMP (500,00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL CI 500MG) 6/6h EV 18 ml

CRM-13903

7. PLAVIET (5,00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL CI 10MG) 8/8h EV 18 ml

CRM-13903

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

CRM-13903

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

CRM-13903

10. PUNCAO CI JEICO

CRM-13903

11. SINAIS VITAIS

CRM-13903

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

CRM-13903

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

CRM-13903

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

CRM-13903

15. COMPRESSÃO COM ETER

CRM-13903

16. Alta em: 19/09/2019

CRM-13903

Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM-13903

Profissional: CRM-13903

CRM-13903

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
FMM-13903/TEOT 15474/RDE 9427

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/09/2019 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 - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED	
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: [1] OK		
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: [1] OK		
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA			
Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO			
SINAIS VITAIS	Mantido:		

Sarah Joliana Saunders
Sarah Joliana Saunders - ENF
COREN - CE 521.482 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEMPágina 1 de 1
19/09/2019 09:38 AM

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820318	19/09/2019 às 09:35	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXÍMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Naso.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Letto: 219/1

19/09/2019 09:33

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] N° 44385017 19/09/2019 às 09:28

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, CONSICENTE, ORIENTADO. VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO PERÍODO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE E CVP EM MSE. CURATIVO ÍNTEGRO. LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA 55VV PA. 135 X 76 MMHG. FC 82 BPM, FR 17 MRPM, SATO2 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]

Sarah J. Saunders
Enfermeiro(a) - ENF
COREN - CE-521482 - ENF



Página 1 de

19/02/2019 08:55

Prontuário: 11762736

Lotto: 133410/5

06:06

Orientações Diversas	VIDE ORIENTAÇÕES EM ANEXO	[1]
----------------------	---------------------------	-----

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-GO 13597/RET 15474/RET 9473

PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gulson Damiamento da Silva
Data de nascimento	10/04/1988
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Ara (noiva)
Procedimento a ser realizado	Tanduse

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	
Em uso de alguma medicação?		X	
Problemas cardíacos?		V	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		redução ungueal
Identificação com pulseira	X		use

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 cirurgia realizou:

3. Termos:

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

Local e data: FORTALEZA 10/09/19

Horário:

Assinatura do paciente ou responsável

Xistha Cristina Pereira

Assinatura do responsável pela realização deste questionário

Aune



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 19/09/19

Nº PRONTUÁRIO: 1176236

NOME COMPLETO: GILBERTO NASCIMENTO DA SILVA

CIRURGIA REALIZADA: Ex. Rumbho M5b

DATA NASC: 16/01/88

CIRURGIÃO: Dr. Igor

IDADE: 31A

PESO: 70kg

SEXO: M

HORA DA ENTRADA NA RPA: 08:15h

HORA	PA (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (lpm)	TEMPERATURA (°C)
08:15	147x80	79	16	34.7
08:30	151x83	78	18	35.0
08:45	129x75	75	18	35.7
09:00	125x75	76	19	35.5
09:25	135x79	93	19	35.9
10:15	134x82	91	19	36.0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK

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

ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO ₂	TOTAL
08:30	2	2	2	2	2	10

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

Sem intercorrências

HORÁRIO DA ALTA DA RPA: 10:05

MÉDICO(A):

ENFERMEIRO(A):

SUBD. João Roberto Gomes
COORDENADOR



Faz bem pre você

(Preencher quando não houver a(licença)

Nome completo (paciente): GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF:

Data de Nascimento: 16/07/1988

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Proprio de Dorso ou a seguinte alternativa anestésica Anestesia Geral

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

19 de 09 de 20 2019

Hora: _____

Nome legível: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Assinatura: Gilson

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expus 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. Luiz Fernando B. Ribeiro
Médico
CRM-CE: 19706

Dr. Luiz Fernando B. Ribeiro

Nome legível: _____ CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: _____
Passagem: _____ Leito: _____
Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (h)	DOR
72kg						Sólidos 20h Líquidos 20h	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
-----------------------	-------------

AVALIAÇÃO CLÍNICA											
Cardio-circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tolerância ao exercício <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Valvulopatia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> DVP <input type="checkbox"/> AAA	Câncer <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outras Infeccioso <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras Gravidez <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano <input type="checkbox"/> Negativo Condições de Nascimento <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas <input type="checkbox"/> Idade pós-conceitual _____ semanas <input type="checkbox"/> (idade gest.+idade atual) Hábitos Sociais <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cigarros/dia <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Outras										
Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> DPOC	Exame Físico Cardíaco _____ Resp. _____ Neuro _____ Regional _____ Outro _____ Laboratório <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Na</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </table>	Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose				
Hb	Ht	Na									
K	Plaquetas	Glicose									
Gastrointestinal/hepático <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito/diarréia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Cirrose	Medicação (Medicamentos em uso no dia da cirurgia) NÃO Via aérea História de via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Mallampati <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Distância estérno/mento 20 cm Dentição/Prognatismo Outros Hemorragias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob Avaliação ASA <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Planejamento Anestésico 										
Neurológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Dormência/fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> PIC	Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </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>	Tipo/Agente	Reação								
Tipo/Agente	Reação										
Renal <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Diálise	Cirurgia/anestesia prévia <input type="checkbox"/> Negativo Cirurgia Anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Não Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Histórico familiar - problemas com anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não										
Hematológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Coagulopatia <input type="checkbox"/> Anemia	Endócrino <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireóide <input type="checkbox"/> Outras										
Músculo esquelético <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Artrite											

Comentários sobre os achados:

Assinatura do Anestesiologista: _____
CRM-CE: 19706

DATA: _____ HORA: _____
ASSINATURA: _____
Dr. Luiz Flávio Ribeiro
Médico
CRM-CE: 19706



PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 05:59

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 RABELO DE SALES ANDRADE, MÉDICO, CRM 13903 RJ

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 TERAPÊUTICOS

Principal	tratamento cirurgico de fratura de pseudoartrose do escafóide.	[1]
-----------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

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

Saída Certa

Motivo	vide orientações em anexo	[1]
--------	---------------------------	-----

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-C 13903 / RQE 15474 / RQE 9427

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 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

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

19/09/2019 08:14

Profissional(is): GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE, ENFERMEIRO DE ENFERMAGEM, COREN: 134402/01, 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

PRÉ-OPERATÓRIO

[1]

Tipo De Cirurgia

Eletiva.

Data Da Cirurgia

19/09/2019

Pulseira De Identificação

MSE

Comorbidades

NEGA

Nome, dosagem, frequência

NEGA

Alergia- Descrição

NEGA

Tabagista

Não.

Etilista

Não.

Cirurgias Anteriores

SIM.

Avaliação Das Condições Emocionais

Cooperativa.

Orientações Ao Paciente

CIRURGIA.

Reserva de Hemoderivados

NUTRICIONAL/METABÓLICO

Jejum

SIM.

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

ENF. BENEDITO

Hora

06:20

Sala

04

Condições Da Pele ao Início da cirurgia

INTEGRA

Início Da Anestesia

06:30

Término Da Anestesia

07:55

Início Da Cirurgia

07:10

Término Da Cirurgia

07:50

Instrumentador

MARCIA

Circulante

GERLANDIA

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL

Membro Ou Lado A Ser Operado

MSD

Numero Inicial De Compressas

10 UD

Numero Total De Compressas Inseridas

10 UD

Contagem Final De Compressas

10 UD

KEFAZOL 2 G AS 06:30

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 08:14

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DT. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Medicações/hora

Exames De Imagem

Sim

Clorexedine Alcoólico

Sim

[1]

Clorexedine Degermante

Sim

[1]

Material

PEQUENOS FRAGMENTOS

[1]

Fornecedor

ORTOGESSES

[1]

Grau De Contaminação

LIMPA

[1]

Encaminhamento Do Paciente

SRPA

[1]

Encaminhamento Do Paciente

[1]

Horário De Saída Da S.O

08:10

[1]

SINAIS VITAIS

T

35 °C

[1]

Pulso

80 bpm

[1]

PA

143,73

[1]

FC

80 bpm

[1]

FR

19 mrpm

[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2

100 %

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

19/09/19

[1]

Hora

07:50

[1]

OBSERVAÇÕES/INTERCORRENCIAS

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,APÓS O PROCEDIMENTO SEGUE PARA SRPA SEM INTERCORRENCIAS SOB OS CUIDADO DA ENFERMAGEM CURATIVO COM GESSO,PULSEIRA NO MSE.

[1]

Intercorrências

SEM

Eletrodos

TORAX

[1]

Incisão Cirúrgica

MSD

[1]

Punções Venosas

MSE

[1]

PÓS-OPERATÓRIO

[1]



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 às 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:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM 13903

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 13903/ROF 15474/PQE 9477

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BQEGT99Q2U0K0

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
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC-15510 / TEO-15554 / RQE-10142

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHTIS99Q2I6I2
Solicitacao 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

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14.370/RQE: 0560/TEOT: 16.316

Local e Data

Assinatura do Médico

RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

CRM 14370

Aceito a Colocação do CID Assinado us _____

Código de Autenticação : BXFKK99Q2Q6I2

Solicitacao 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 13903 / RQE 9427

Assinatura do Médico

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
CRM 19510

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BCFKA89Q2R112
Solicitacao da Senha : 26/08/2019 09:25:36

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA
às 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:

S59

.....
Codigo da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

Glauber Correia Melo
Médico
CREMEC 18.996

GLAUBER CORREIA MELO

CRM 18996

Aceito a Colocação do CID Assinado US _____

Código de Autenticação : BS7WV89Q2T712
Solicitação da Senha 21/08/2019 21:17:44

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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1084491110

NOME
GILSON NASCIMENTO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
2004009066881 SSP CR

CPF DATA NASCIMENTO
019.692.643-22 16/07/1988

FILIAÇÃO
GERALDO PAULA DA SILVA
MARIA DE FATIMA
NASCIMENTO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATAB
AB

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

Igon Vasconcelos Ponte
IGON VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISOR

62809603184
CE146518934

DETRAN CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1084491110

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

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
048.217.413-77 18/06/1990

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

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05034566735

VALIDADE
06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/10/2017

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR
1545039440

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014419529420
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 305799509 0000000000 2019
R.N.T.R.C. EXERCÍCIO

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

FORTALEZA /CE

01969264322 NURB400/CE
PLACA ANT / UF

9C2KC1670BR510056
CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAD APLIC. COMBUSTÍVEL
GASOL/ALCO

HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC PRETA COR PREDOMINANTE

1 P COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
1º * 2º * 3º *

80.11 0.32 84.58 02/01/2019
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IDP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA LOCAL DATA 01/02/2019

Ilmar Pontes
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 014419529420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01969264322 NURB400/CE

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

SAC DPVAT 0800 022 1204
014419529420 32595356184

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 01/02/2019

01 01969264322 NURB400
RENAVAM

305799509 HONDA/CG 150 FAN ESI
MARCA / MODELO

2011 PART 9C2KC1670BR510056
ANO FAB. COT. VENC. Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IDP (R\$) 0.32 TOTAL SEM IPI E IPI (R\$) 84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
02/01/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.543.603/0001-04

MOTQR KC16E7B510056 03061

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Estado Civil SOLTEIRO Profissão ESP. DE QUALIDADE
Residente RUA: ITAPOA, 1395 Bairro CANINORRINHO
Município FORTALEZA UF CE Nascido 16/07/88 CPF 019.692.643-22
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, Município 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, cópias 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 transito e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justiça 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,HDI.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 Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

FORTALEZA - CE 26, DE Novembro, DE 2019

X Gilson Nascimento da Silva



Decorative Frame
 For Autenticidade.

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará

Bel. Jaime de Alencar Araújo Junior - Tabelar | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araújo - Substituto

Av. Major Hail, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - jaraunajunior@gmail.com

JAIME ARAUJO

1 Reconhecimento por Autenticidade a(s) assinatura(s) de: 2

=== GILSON NASCIMENTO DA SILVA ===

que comparece c/ o padrão reg. desta serventia, Dou fé.

Portante, 20 de novembro de 2019, às 15:51:01, em testemunho da verdade,

PAIM CORREIA LENCINHO (Escritor) Total: R\$ 17,

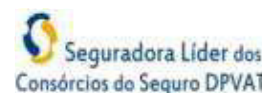
Assido somente com o selo de autenticidade FUNCI gizeleane

02

REC. DE

N. CP 314633

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 médico-hospitalar

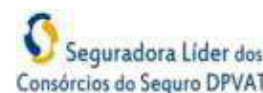
ATENÇÃO

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 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

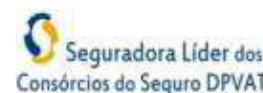
ATENÇÃO

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 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 médico-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 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

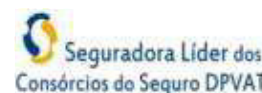
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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 médico-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 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.

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

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:

Declaração de Inexistência de IML	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



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:

Documentação médico-hospitalar	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



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:

Documentação médico-hospitalar	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



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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANILDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
em alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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, MUCUNÃ - 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

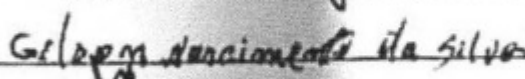
QUE NO DIA E HORA ACIMA INDICADOS ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, DE PLACAS NUR8400/CE, DE SUA PROPRIEDADE, SE DIRIGINDO PARA A RODOVIA CE 065 COM INTUITO DE IR PARA FORTALEZA; QUE NO ENTANTO AO TENTAR DESVIAR DE UM CACHORRO, VEIO A "DERRAPAR" E A MOTO CAIU LEVANDO 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 CARLA DE SOUSA AGUIAR - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Gilson Nascimento da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019714980



BOLETIM DE Ocorrência N° 128 - 920 / 2019

CARINA DE FREITAS SOARES - MAT.: 30119762

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

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

Pág. 2 de 2

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

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: **019.692.643-22** 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: **Olson Nascimento da Silva** 6 - CPF: **019.692.643-22**
7 - Profissão: **Desempregado** 8 - Endereço: **RUA: ITAPOA 1395** 9 - Número: **1395** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **ANILDEZINHO** 12 - Cidade: **FORTALEZA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60732-150**
15 - E-mail: **MC527310@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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **1563** ☐ CONTA: **77648** ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
em alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA - CE 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)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DADS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: OLSON Nascimento da Silva 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANILDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
em alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - CE 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)