



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01305346-9** em **02/07/2020 10:57:19**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0230502-92.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01305346-9
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 02/07/2020 10:57:19

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2731098_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2731098_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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: 23/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO FREITAS BESSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00625-4

CONTA: 000000026517-9

Nr. Autenticação

BRADESCO2305201805000000000023700625000000026517168750 PAGO



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE REGINALDO FREITAS BESSA		DADOS PESSOAIS	
CASSUS		NASCIMENTO 13/04/1988(29 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 155295
NOME MAE ANA LUCIA DA COSTA BESSA		SEXO M	Nº DO SE 192442
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBAÚ		NOME RESPONSÁVEL O MESMO	RACÃO PARDOS
CONTATO (85)99815-6935		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA 60.534-670	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA SIC PACIENTE TEVE COLISAO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO CIRÚRGICO		DATA E HORA DA CLASSIF 25/01/2018 08:01:	
ATENDIMENTO MÉDICO			
<i>Acidente vítima. Acidente de moto há 2h; vim parar na rua. FC=86; pulso cheio; ECG 15; relatou em um ombro D.; lesões com col. RX torax e ombro D. - SURTIN</i>			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
SAD. SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X		☐ OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO	
<i># Injeção atropina</i>			
<i>luxão de punho - dor muito ruim</i>			
<i>30/06/0100</i>			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

COMPREV. SEGUROS
REC. PREVIDENCIA S/A.
26 MAR 2018
Nome:

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 25/01/2018 às 08:01:15

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do

Penal.

URGIA Geral

*- Nenhuma sutura
em ferimento de tornozelo.*

col. Alta da camera geral

Dr. Rogério Aguiar Ximenes
Médico
CRM: 6919

REGINALDO FREITAS BESSA

HOSPITAL DISTRITAL DE EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

Atendimento 1.363.184 
 Paciente Reginaldo Freitas Bessa
 Segurado Reginaldo Freitas Bessa
 Convênio ISSEC
 Plano ISSEC
 Matrícula 00256695000
 Endereço Tallandia, 100 Genibaú casa01
 Complemento casa01

Cartão Saúde 20251211

Prontuário 424339
 Idade 29 anos e 10 meses
 Fone 987495857
 Val. Carteira 26/04/2018
 Identidade 30877225
 Bairro Genibaú
 Cidade Fortaleza
 Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor Emergencia-Pronto Socorro
 Atendente Raquel de Sousa Silva Santiago
 Especialidade Traumatologia
 Classificação Consulta

Medico/C.d Joao Ricardo Andrade de Alencar
 Data 26/01/2018 - Sexta-feira
 Hora 16:57:50

Queixa Principal trauma ombro dir

HDA

PROCEDIMENTO.

DIAGNOSTICO

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

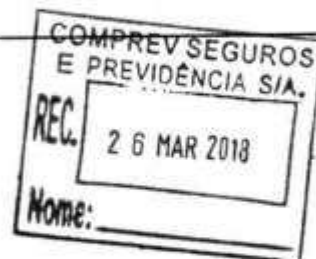
INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

05.867.015/0001-75

UNIÃO DE CLÍNICAS DO CEARÁ LTDA

Av. Aguanambi, 332
 Fátima - CEP 60.055-402

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



AT 1363700

2018/02

155EC

RP
19/02/18

Salv 19/02/18



uniclinic
o hospital da sua vida

Av: Aguanambi Nº 332

Bairro: Fátima

CEP: 60055402

Tel: 3311-6000

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod.

09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME REGINALDO FREITAS BESSA				☒ Interno ☐ Outras
CPF 024.438.243-30	RG 2002010145762	IDADE 29	E.CIVIL CASADO	SEXO MASC.
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA Nº 100 APOI		BAIRRO GEMBAÚ	DATA DE NASC. 13/04/1988	
CIDADE FORTALEZA	CEP 60534-670	UF CEARÁ	NATURALIDADE FORTALEZA	
PAI VANDERLEY FREITAS BESSA		MÃE ANA LÚCIA DA COSTA BESSA		
MÉDICO RESPONSÁVEL DR. JOÃO RICARDO		CRM 5244	DATA INTERNAÇÃO 26/01/2018	
QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL				
NOME		RG	CPF	
PROFISSÃO		PARENTESCO	FONE	
ENDEREÇO		BAIRRO	CIDADE	CEP
				UF
O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações médicas existentes no Prontuário.				
COMPROV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 26 MAR 2018 Nome: _____				
Por ser expressão da vontade. Firmo a presente. Fortaleza (Ce), DE DE 2018. PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)				

JAÍME ARARIPE
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Anilândia Bezerra - Estado do Ceará
 Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
 Av. Major Ivald, 4905 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3215-1301 - cartorio@seced.com.br

Cod. 1852438243223 2- Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: _____
 REGINALDO FREITAS BESSA
 que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
 Fortaleza, 16 de fevereiro de 2018, 11h12:37. Em testemunho da verdade.
 JUIZ DE DIREITO REGINALDO BESSA (representante)
 Total: R\$ 4,03. Punct. Judicial

FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PQA



uniclinic

O hospital da sua vida

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 26/01/18

Arduo

Nome do Paciente:

Leandro Guto Rosa

Enf. Aplo.:

Leito.:

Médico.:

Credenciamento.:

Internamento:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

MATERIAL UTILIZADO

<i>1</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Ser. 20 cc	0
<i>2</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Ser. 10 cc	
<i>3</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Ser. 5 cc	
<i>4</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Ser. 3 cc	
<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Agulha 40/12	
<i>6</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Agulha 13/4,5	
<i>7</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Equipo	
<i>8</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Equipo c/ lat.	
<i>9</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Soro Fisio. 100ml	
<i>10</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Soro Glico. 100ml	
<i>11</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Abd 500ml p/02	
<i>12</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	S. Aspiração	
<i>13</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	BOMBA DE INFUSÃO	OXIGÊNIO
<i>14</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	MED. LIG.	DES. LIG.
<i>15</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		DES.
<i>16</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>17</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>18</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>19</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>20</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>21</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>22</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>23</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>24</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>25</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>26</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>27</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>28</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>29</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>30</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CPF: 42.246.406-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Glicemia

Hora Valor Insulina

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo dos Reis Bivar

DATA: 26/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405.2

CONVÊNIO: parto

TURNO: mat

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi

%

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100%

Spo₂: %

DIETA:

☒ VO

() SNE

() SNG

() GTT

() NPT

() Zero Para:

Observações:

As 19:00 h parte admitida parto 04
parto normal, sem complicações. Parto normal
sem complicações, parto normal + evolução medicamentosa.
sem alterações no lacto nos cuidados
da equipe da enfermagem.

Antônia Claudenice Barbosa
COREN-CE 001.202.125 TE

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi

%

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100%

Spo₂: %

DIETA:

() VO

() SNE

() SNG

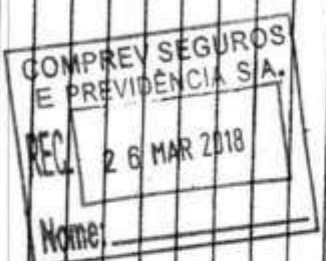
() GTT

() NPT

() Zero Para:

Observações:

As 19:10 h parte laparoscopia
diagnóstico, sem complicações. Ape, com jejum
e dieta líquida, com evolução.



CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Antônia Claudenice Barbosa
COREN-CE 001.202.125 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa		Atendimento	1.363.200
Data Nascto.	13/04/1988	29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857		Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2			

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Data Internação: 26/01/2018 17:33:05 Entrada na Unidade:

ADMISSÃO UNIDADE

 REGINALDO FREITAS, 29A
 HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

 #COMORBIDADES: NEGA
 #ALERGIAS: NEGA

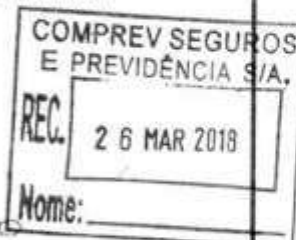
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

Às 19hs paciente admitido proveniente da emergência

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Passou menos de 72 hs internado em outra instituição
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 CREN-DE 454350

Rafael Nogueira Abrante /

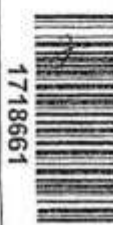

 UNICLINIC
 CONFERE COM



Uniclinic

João de Clinicas do Ceara Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



1718661

Paciente **Reginaldo Freitas Bessa**

Data Nascto **13/04/1988** **29a** **9m** **13d**

Atendimento **1.363.200**

Convênio **ISSEC / ENFERMARIA**

Prontuário **424.339**

405-2

Data Entrada **26/01/2018** **17:33:05**

Data Prescr. **27/01/2018** **12:00:00**

Médico Resp **Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)**

Dietas **Dose** **Intervalo** **Observação** **Descrição Técnica**

Genal (ou Livre que aceitar)

dicamentos

Cetoprofeno 100mg Fa Ev

Dose / Intervalo / Via **Horários**

1 FFA 12/12 h IV **28**

28

D. P. E.
2º S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações

JELCO SALINIZADO

Intervalo

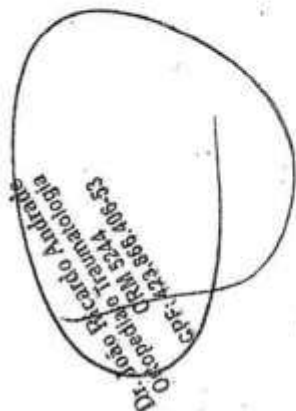
Horários

MANTENDO

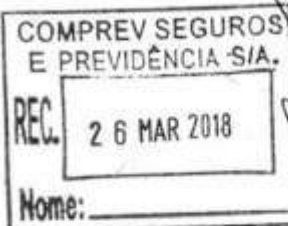
SSV + CCGG

ROTINA

recebeu bem e se curou



Samuel Magalhães da Silva
Traumatologista - Ortopedia
CRM 10117 TEOT 12554



CONF. M. O.
CONF. OR. AL

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Data Nascto: 13/04/1988 29 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 987495857
 Leito: 405-2

Atendimento: 1.363.200
 Prontuário: 424.339
 Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
 Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
 HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
 #ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Nogueira Abrante
 Enfermeiro
 CRP 454350

Rafael Nogueira Abrante /



COMPREV SEGUROS
 ORIGINAL



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1719302

Paciente Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascto 13/04/1988 29a 9m 15d

Atendimento 1.363.200
Convênio ISSEC / ENFERMARIA
Prontuário 424.339

Data Entrada 26/01/2018 17:33:05

Data Prescr. 26/01/2018 12:00:00

405 2

Médico Resp Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
Geral (ou Livre que aceitar)				
Medicamentos			Dose / Intervalo / Via	Horários
Cetoprofeno 100mg Fa Ev			1 FA 12/12 h IV	28

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações

Intervalo

Horários

JELCO SALINIZADO

MANTENDO

SSV + CCGG

ROTINA

Dr. Joao Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
C.R.F. 423.866/006-53
CRM 5244

Carla de C. C. C.

Samuel Magalhães da Silva
Traumatologia e Ortopedia
CRM 101117-1/2012554

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente **Reginaldo Freitas Bessa**
 Data Nascto: 13/04/1988 29 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 987495857
 Leito 405-2

Atendimento 1.363.200
 Prontuário 424.339
 Dt. Entrada 26/01/2018 17:33:05
 Convênio ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
28/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Darlene Rodrigues Oliveira	

Paciente: **Reginaldo Freitas Bessa**
 Enfermeiro(a): **DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA** Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
 HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
 #ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

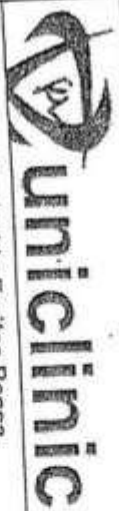
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes
- Cliente não apresenta queixas no período.



Darlene Rodrigues
 Enfermeira
 COREN CE 455211

DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA COREN:455211

UNIDADE
 CONTROLE DE QUALIDADE
 ORIGINAL



União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1719618

405-2

Paciente Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascto 13/04/1988 29a Sm 15d

Data Entrada 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento 1.363.200

Convênio ISS/EC/ENFERMARIA

Data Prescr. 29/01/2018 12:00:00

Prontuário 424.339

Dieta 31 (ou Livre que acostar)

Medicamentos

Cetoprofeno 100mg Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

COM ATADURA

Recomendações

JELCO SALINIZADO

SSW + CCGG

Dieta zero apr dehydr

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

UNICLINIC
COMPREV COM O
CRM 5244

[Handwritten signature]

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo Freitas Rosa

DATA: 29/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: Unic

TURNNO: mat

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações: As 18:00 h parti para fazer exame no litto

Antônia Cláudia Barbosa
COREN-CE 001.202.129 TE

TURNNO: 5th

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

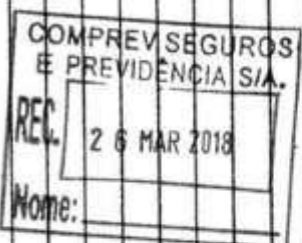
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:



Assinatura e COREN:

Antônia Cláudia Barbosa
COREN-CE 001.202.129 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa		Atendimento	1.363.200
Data Nascto.	13/04/1988	29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857		Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2			

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

- Diagnóstico: Pré Op de fratura de ombro (D)
- Especialidade: Clínica

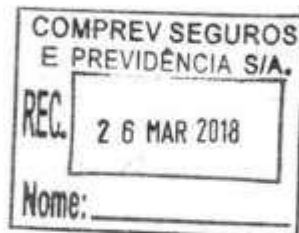
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorências

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ()

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 COREN/CE 454350

 Rafael Nogueira Abrante



Uniclinic
 COPIA PARA O
 PACIENTE

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nasc: 13/04/1988 29 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 987495857
Leito: Sala Cirur 01

Atendimento: 1.363.200
Prontuário: 424.339
Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Francisca Ivanuza Carlos Maurício	COREN 311777

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): IVANUZA MAURICIO

Evolução NOITE

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- MANTEM Curativo de Perna (D)

MANTEM CURATIVO DA FO



Condutas/Intercorrendias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Ivanuza Mauricio
Enfermeira
COREN 311777
IVANUZA MAURICIO

17027 REC 01
26 MAR 2018

Prescrição Eletrônica Paciente

1720281

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascimento: 13/04/1986 29a 9m 17d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Atendimento: 1.363.200

Genéio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 30/01/2018 12:00:00

Prontuário: 424.339

405-2

Médico Resp: Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta: Zero

Medicamentos

etoproteno 100mg fa EV

Dose / Intervalo / Via
1 FA 12/12 h IV 20

DE

D. P. E.
5.º S.

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

COM ATADURA

Recomendações

JELOO SALINIZADO

SSW + CCG

Intervalo

Horários

MANTENDO

ROTINA

curativo de curativo e curativo

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Dieta zero apr 20h

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo Freitas Rosa

DATA: 30/01/18 POSTO: 04 LEITO: 405.2

CONVÊNIO: Unic

TURNO: not

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

Ab 15:30 h. parte suaminhado. não há
o centro linuqio

Ab 15:35 PAC E AD SPO

Ab 01:50 h. paciente de volta da sr para
olhar segun ao lado da ou esquerda

Sonia M^{re}. S. Alves
Gerente de Enfermagem
Técnica em Radiologia

REC. 26 MAR 2018

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

Ab 22:00 h. parte retornar
do e.c.c.

Nome:

Assinatura e COREN:

Antônia Maria Pereira Barbosa
COREN 0564792/123 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data-Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
30/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

- Diagnóstico: Pré Op de artroscopia de ombro (D)

- Especialidade: Clínica

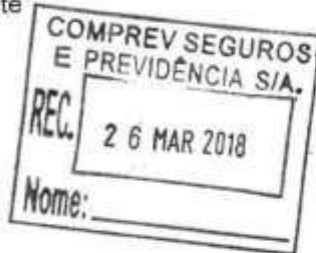
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta Zero após jejum
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorrendo

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ()
- Solicitado limpeza em curativo cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 424.339

Rafael Nogueira Abrante



[Handwritten signatures and notes]

NOME: Reginaldo Brito Bessa
CLÍNICA: 14 CATEGORIA: 1 LEITO: 405-2 PRONTUÁRIO: 474.339
DATA: 30/01/18 CIRURGIÃO: Rodrigo
1º AUXILIAR: Victor Monte Tenorio 2º AUXILIAR: 3º AUXILIAR: 3º
INSTRUMENTADOR: Victor Monte Tenorio CIRCULANTE: 3º
ANESTESISTA: Dr. Victor Monte Tenorio TIPO DE ANESTESIA: 3º
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão em membro direito
TIPO DE OPERAÇÃO: Trat de fratura cominuta

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O membro

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: Interferência de um osso

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 10
INÍCIO DA CIRURGIA: 19:00 TÉRMINO: 20:00
INÍCIO DO OXIGÊNIO: 19:00 TÉRMINO: 20:00

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA SIA.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

AUDITADO
26/03/18
Eliete

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

① Devido a dor no
efeito de bloqueio
② Anestesia
Anestesia antisseptica
③ Lavagem com água e álcool
④ menor osso mal do
osso, interferência
membro, redução do
fratura e auxílio
de interferência de um osso
e fixação com placa
⑤ ferimento lacerado profundo
a musculatura
⑥ Lesão hemática, fúria
Arterial + venosa

Dr. Victor Monte Tenorio
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11967

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO
Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11967

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Reginao de Freitas Bessa</u>		At: _____	
Data: <u>30/01/18</u>		Convênio: <u>TSSec</u>	
Leito: _____		Início: <u>19:00</u> Término: <u>20:00</u>	
Procedimento: <u>Procedimento de luxação acromioclavicular - da articulação acromioclavicular</u>			

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Latex	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid	00	Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	01
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut-Simples N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	01	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	01	Caprofil	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Caprofil	unid	
Agulha 40x12	unid	02	Luva 8,5	unid		Monoeryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr	20	Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm	60	Mononylon 3.0	unid	02
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm	30	Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	pares	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid	01	Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Raio X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm	02	Seringa 01 cc	unid		Sonda de fouchet n-32	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid	04	Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda de Folley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	03
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01	Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid	01	Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóia Descartável	unid	01	Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	10	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	200	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml	180	TAXAS			Nitrogênio	Dur	40
Clorexidina Aquosa	ml		Aspirador			Agulha de Veres	unid	
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico		sim	MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico		sim			
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem		sim			
Dreno de Toráx N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipos	unid		Tx. Ureterotripsor					
Esparadrapo	cm	30	OUTROS					
Éter	ml		Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Faixa de Smarch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter de Hemodialise	unid				
Fio Guia Hidrofilico	unid		Heparina	unid				
Fita Cardíaca	unid		Xilocalina SV 20 ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	20	Xilocalina CV 20 ML	gr				
Gaze Acolchoada	unid		Xilocalina Gel	unid				
Esterilios 2%	ml		Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid		Kollagenase	gr				
Gorro	unid	06	Adrenalina	unid				
Diprosan	unid		Oximetazolina	Fr				
Tela Inorg. Polipropileno	unid							

Cirurgião: João Ricardo
Aux 1: V. Monte

Anestesiista: Mauro
Aux 2: _____

Instrumentadora: Davi
Circulante: Carla

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC 26 MAR 2018

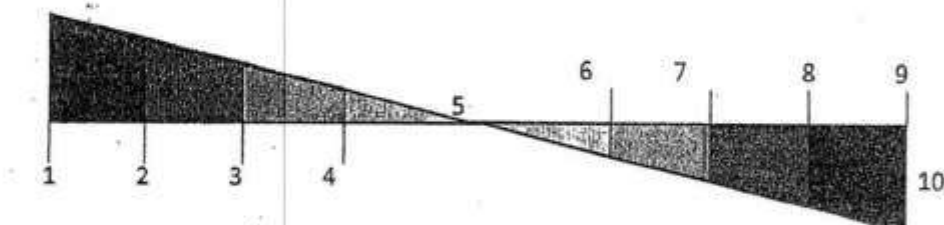
Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 3244
CPF: 120.886.408-25



NOME: Reginaldo Freitas Bezerra
 PRONTUÁRIO: 494.339
 ATENDIMENTO: 2-363-200
 DATA DE NASC: 13/04/1988
 DATA ADMISSÃO: 30/01/2018
 HORA ADMISSÃO: 20:10

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO () OUTRAS: _____
 () IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS: _____



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1 APÓS UMA HORA: 1 ESCORE NA ALTA: 1

SUGESTÕES DA ANESTESIA



ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	2	2	2	2	2	2							
P	2	2	2	2	2	2							
C	1	1	1	1	2	2							
R	1	2	2	2	2	2							
S	1	1	1	2	2	2							
T	7	8	8	9	10	10							

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
 () HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELIRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
 () TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESIAS
 () BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
 () PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA).

Tratamento com analgésicos Anticídicos
Acronio, clonazepam, 20mg, 2x/dia
Bloqueio + SDCS; 2x/dia

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DAPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PRASIL () LORAX
 () CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
 () HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 21:50

PA: 123x51 FC: 67 SpO₂: 96.1

() APARTAMENTO
 () UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO) Dr. Evaldo Diógenes
 Médico Anestesiologista
 CREMEC 10169



uniclinic

João de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1720994

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 17d
Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Médico: Resp Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200
Contêiner: ISSEC / ENFERMARIA
Data Prescr: 31/01/2018 12:00:00
Prontuário: 424.339

405-2

Dieta: Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Geral (ou Livre que aceitar) Dose / Intervalo / Via Horários

Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV

20

06

06 S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

1 FA 6/6 h IV

12

16

24

06

1° S

D01/
SEPARAR 1 FA EM 18 AD
INICIO: 31/01

Dias previstos: 0 - Uso anterior de antitrombotico: N -

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

Ordem Intervalo

1x ao dia

12

Horários

Material

Data/Hora
31 12:00

Recomendações

Intervalo

Horários

JELCO SALINIZADO

MANTENDO

SSV + CCGG

ROTINA

Dr. Victor Mota Junior
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM CE 11967 TEOT 13864



UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Prescrição em F.D.

Dr. João Ricardo Andrade de Alencar
CRM: 421363-406-83
Oropetia e T. Uniaziologia



O hospital da sua vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

Reginaldo Amador B. 1150-

DATA: 31 10 1, 2018

POSTO: 47

LEITO: 105-2

CONVÊNIO: 1172C

TURNOS

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

CVP () Local

AC, VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

Cat. Nasai

() Venture

_____ %

1

() MINIBL

() Māsc. Res

ória 100%

Spo²:_____

%

DIETA:

() VO

SNE

() SNG

() GTT

100

() NPT

() Zero

10

10

100

Observações:

Observações:

Assinatura e COREN:**Assinatura e COREN:**

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

26 MAR 2018

TREC

Name _____

UNCLASSIFIED
CONFERS COM O
ORIGINAL

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa		Atendimento	1.363.200
Data Nasc	13/04/1988	29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857		Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 01			

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
 Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom + *Kollagenare*
 (sutura preservada sem flogose)
- Realizado curativo em FO convencional
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 424.339

Condutas/Intercorrendias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Rafael Nogueira Abrante

454385



Dr.
 CONF. COM. 10



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1721615

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascimento: 13/04/1988 29a 9m 19d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico: Resp. Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200

Contorno: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 01/03/2018 12:00:00

Portuario: 424.339

405-2

Dieta: Zero Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg / Fa Ev

Dose / Intervalo / Via

Horários

D. P. T.

S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

1 FA 6/6 h IV

12

18

24

06

2°

S

D02/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO: 31/01

Procedimentos/ Serviços

1 Curativo Medico

Ord. Intervalo

Horários

Materiais

Dia/Hora

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

1x ao dia

12

01 12:00

Recomendações

JEJEM SALINIZADO

Intervalo

Horários

MANTENDO

SSW + CCGG

ROTINA

João Ricardo A. de Alencar
Traumato
CRM 5244

Carthun

me 8.0.

A

Dr. Joao Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.886.406-55

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

CONF. LOM O
ORIGINAL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Roginaldo Freitas Braga

DATA: 01/02/18 POSTO: 04 LEITO: 405.2

CONVÊNIO: breco

TURNO: ut

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações: do 18:00 h para seguir rotinal no leito

Antônia Claudineia Barbosa

UNICLINIC 001202123 TE

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018

Nome:

Observações:

UNICLINIC 001202123 TE

Assinatura e COREN:

Antônia Claudineia Barbosa
COREN-CE 001.202.123 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data-Nascto:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
 Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO
- Mantém Curativo de Perna (D) + Crepom com Kollagenase (sutura preservada sem flogose), irá realizar limpeza cirúrgica
- Realizado curativo em FO convencional
- Eliminações presentes



Condutas/Intercorrendias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 CRM-CE 454352

Rafael Nogueira Abrante

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



1722117

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 19d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200

Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Prontuário: 424.339

405-2

Dieta: Zeiro

Observação

Descrição Técnica

Exames:

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Dose / Intervalo / Via

Horários

1 FA 6/6 h IV

1 FA 12/12 h IV

1 FA 6/6 h IV

1 FA 12/12 h IV

1 FA 6/6 h IV

1 FA 12/12 h IV

1 FA 6/6 h IV

1 FA 12/12 h IV

1 FA 6/6 h IV

1 FA 12/12 h IV

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Pré e Pós zero após 22h

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA. REC. 26 MAR 2018 Nome:

COPIA NÃO TEM VALOR ORIGINAL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo F. Silva

DATA: 02/02/2018

POSTO: 4

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: Blue

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() MNBZ

() Cat. Nasal

() Másc. Reservatória 100%

() VO

() Zero

() SNE

() SNG

() GTT

() NPT

() Venturi

Spo₂: _____ %

Spo₂: _____ %

DIETA:

Observações:

17:00h Monitorado paciente em leito com Afte no 22 e umbilical desprotegido. Mãe em PC.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome: _____

Assinatura e COREN: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() MNBZ

() Cat. Nasal

() Másc. Reservatória 100%

() VO

() Zero

() SNE

() SNG

() GTT

() NPT

() Venturi

Spo₂: _____ %

Spo₂: _____ %

DIETA:

Observações:

05:45h S/N: Segura, estável, em leito. Afte no 22 e umbilical desprotegido. Mãe em PC. 05:59 paciente no pré-operatório. Ca 08:30 e encaminhada ao bloco. Valmirlene

UNICLINIC CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura e COREN: _____

Paciente:	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento:	1.363.200
Data Nasc:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário:	424.339
Sexo:	Masculino	Dt. Entrada:	26/01/2018 17:33:06
Telefone:	987495857	Convênio:	ISSEC ENFERMARIA
Leito:	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
02/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
 HD: PO FT DE OMBRO (D) + PRE OP DE PERNA (D) (LIMPEZA)

#COMORBIDADES: NEGA
 #ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado curativo em FO convencional
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura + kollagen am
- (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 CRP-CE 254310

Rafael Abrante
 Enf.
 COREN-CE 454350

Rafael Nogueira Abrante /



INFORME
 CONFERE COMO
 ORIGINAL 43

UNICORP
CONFERE O
ORIGINAL

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome: _____

Nome do Paciente: Reginaldo, Vitas Bessa
Data: 03/02/18 Leito: 405-2

At: L. 363.200

Tipo Cirurgia: Extensas peritonite peri-
mentes Início: 05:30 Término: 07:00

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abbotath N°	unid		Latex	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N° 11	unid	01	Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut Simples N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	01	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	02	Caprofil	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Caprofil	unid	
Agulha 40x12	unid	01	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr		Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm	50	Mononylon 3.0	unid	02
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	pares	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid		Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Rolo X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm		Seringa 01 cc	unid		Vicryl Rapid	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid	01	Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda de Foley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl Plus	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	
Cateter Duplo J	unid		Surgitel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01	Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid		Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóla Descartável	unid		Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	10	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	180	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml		TAXAS				Nitrogênio	Dur
Clorexidina Aquosa	ml	180	Aspirador				Agulha de Veres	unid
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico			MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico					
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem					
Dreno de Torax N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipo	unid		Tx. Ureterotripsor					
Esparrapado	cm	30	OUTROS					
Éter	ml		Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Faixa de Smarch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter de Hemodialise	unid				
Fio Guia Hidrofílico	unid		Heparina	unid				
Fita Cardíaca	unid		Xilocaina S/V 20 ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	60	Xilocaina C/V 20 ML	gr				
Gaze Acolchoada	unid		Xilocaina Gel	unid				
Esterilios 2%	ml		Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid		Kollagenase	gr	15			
Gorro	unid	06	Adrenalina	unid				
Diprosan	unid		Oximetazolina	Fr				

CIRURGIÃO: V. Monte
Anestesista: mauro
Aux 1: J. Ricardo

Aux 2:
Aux 3:

INSTRUMENTADOR: Cosmo
CIRCULANTE: Kadija

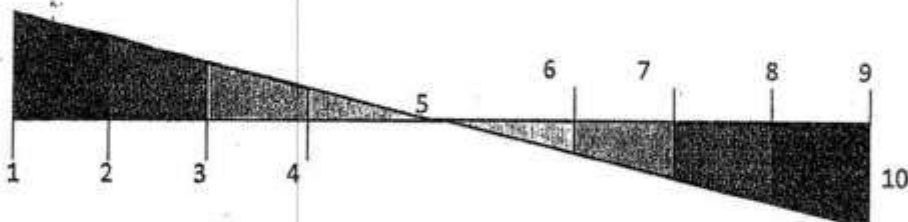
COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Dr. Vinícius Monte Tenório
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-CE 11967 TE011304

NOME: Reginaldo Freitas
PRONTUÁRIO: 424339
ATENDIMENTO: 1363200
DATA DE NASC: 13.04.88
DATA ADMISSÃO: 03/02/18
HORA ADMISSÃO: 04:10

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO () OUTRAS: _____
() IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS: _____



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1

APÓS UMA HORA: 1

ESCORE NA ALTA: 1

SUGESTÕES DA ANESTESIA



ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ-OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	1	1	1	1									
P	2	2	2	2									
C	1	1	1	2	2								
R	2	2	2	2	2								
S	1	2	2	2	2								
T	7	8	8	9	9								

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
() HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELIRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
() TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESIAS
() BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
() PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Dr. Renato M. D. R. Jr.
R. 1200 - Anestesiologia
3005 - R. 1200

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DIPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PRASIL () LORAX
() CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
() HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 08:30

PA: 116

FC: 64

SpO₂: 98

() APARTAMENTO

() UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO) Dr. Evaldo Diógenes ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

Médico Anestesiologista
CREMEC 10169



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1722884

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascido: 13/04/1988 29a Sm 21d

Data de Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico-Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200

Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 03/02/2018 12:00:00

Pontuação: 424.339

405-2

Dieta: Zero

Observação:

Descrição Técnica:

Medicamentos:

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

Dose / Intervalo / Via: 1 FA 12/12 h IV

20

08 9.º S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Gefalotina 1g Po Fa Ev

1 FA 6/6 h IV

10

24

06

4.º S

D04

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRIXOL

1x ao dia

Horarios

Materia

Data/Hora

2 Curativo da F.O

1x ao dia

Horarios

03 12:00

Recomendações

JEL-00 SAEINIZADO

Intervalo

MANTENDO

SSW + CCGG

ROTINA

Dr. Victor Monte Tenório
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM CE 11967 TENDT 13604

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo Trindade Gomes

DATA: 03/03/18

POSTO: 04

LEITO: 405 B

CONVÊNIO: MEC

TURNO: wt

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

CVP ☒ Local

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

do e.c.

Coren ce 1028.587

As 18:00 h parte segue internado na sala de observação da equipe de enfermagem.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

CVP () Local

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

Assinatura e COREN:

Antônia Clotilde Barbosa
COREN-CE 002.125.7

Assinatura e COREN:

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nasc: 13/04/1988 29 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 987495857
Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: 1.363.200
Prontuário: 424.339
Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução:
03/02/2018

Função:
Enfermeiro

Tipo evolução:
Evolução

Especialidade:

Usuário:
Rafael
Nogueira
Abrante

Código prof

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PO FT DE OMBRO (D) + PO DE PERNA (D) (LIMPEZA)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

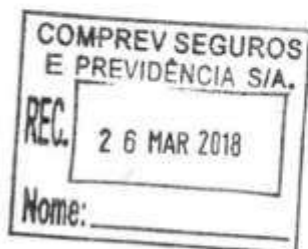
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado curativo em FO convencional
- Mantém curativo em Perna (D) integro
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
Enfermeiro

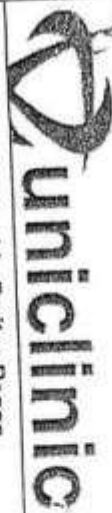
Rafael Nogueira Abrante /

Em tempo ...
Realizado procedimento de Limpeza em Perna (D) no período



Rafael Abrante
Enfermeiro

UNICLINIC
CONFIRME COM O
ORIGINAL



Uniclinic
Prescrição Eletrônica Paciente



1723415

405-2

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Atendimento: 1.363.200
Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Pontuação: 424.339

Data Nasco: 13/04/1988 29a 9m 21d

Data Presc.: 04/02/2018 12:00:00

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp: Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta: Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Genal (ou Lme que aceitar)

Dose / Intervalo / Via Horários

D. P. E. S

Medicamentos

Cefeporo 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV

20

08

10° S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

1 FA 6/6 h IV

12

18

24

06

5° S

2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

D05/
SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO: 31/01

Material: Dose/Hora

04 12:00

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Ordem Intervalo Horários

1x ao dia

12

04 12:00

2 Curativo da F.O

Intervalo Horários

1x ao dia

12

Recomendações

MANTENDO

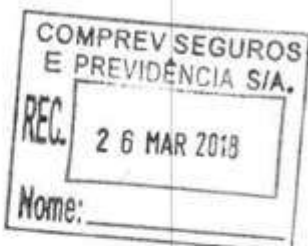
JELCO SALINIZADO

ROTINA

SSVV + CCGG

João Ricardo

elza hmtah c



Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF 423.866.406-53



DATA: 04102118

POSTO:

LEITO: 405-2

NAME: Yurya Mado Filletas Buma

CONVÊNIO: 1556C

TURNING

AC. VENOSO:

|CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____%

() MNBZ () Másc. Reservatónia 100% Spo²: _____%

DIET:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações: Saída de Alvo Perito das 12:30 - 440

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

26 MAR 2018

REG

~~Name~~

UNCLASSIFIED
CONFIDENTIAL
ORIGINAL

TURNNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____%

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: _____%

DIETA:

() VO	() SNE	() SNG	() GTT	() NPT
--------	---------	---------	---------	---------

() Zero Para:

Observações:

Assinatura e COREN:**Assinatura e CORENA:**



NOME DO PACIENTE:

Reginaldo Freitas Bessc

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

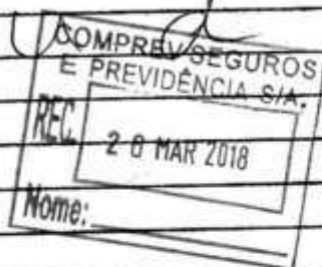
MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

26/07 paciente internado
p/ test. Lombar

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53

27/07 paciente em



Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53

28/07 paciente em

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53

**Uniclinic**

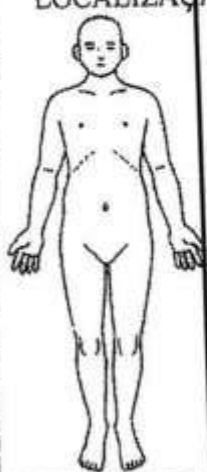
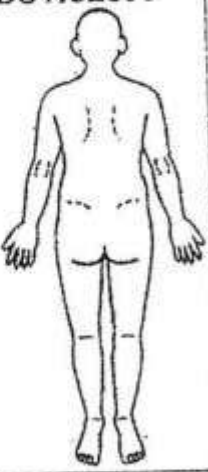
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Rinaldo Freitas LimaData: 29/01/18Leito: 405.2Convênio: Inec

Cirurgião:

Nº Atendimento: 4.363.200

Cirurgia:

ATIVIDADE	SIM/ESPEC	NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO
Jejum	Data: hora:			 
Reserva de sangue				
Lavagem intestinal	Hora: Evac ()			
Banho pré operatório	Hora:			
Acesso venoso				
Ficha pré anestésica preenchida				
Medicação pré anestésica				
ECG				
Exames laboratoriais		✓		
Raio X/ Imagens				
Retirada de prótese dentária/ lentes				
Retirada de adornos/esmalte de unha				
Alergias	<u>nega</u>			

Encaminhado por:

Hora:

Recebido por:

Hora:

Medicamentos em uso:

Transportado em: (✓) Maca () Cadeira () Deambulando

PA: _____ mmHg; Pulso: _____ bpm; T: _____ °C; SpO2: _____ %

Dor: _____

0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Admissão no Centro Cirúrgico

Funcionário:		Coren:
--------------	--	--------

Trans - Operatório

Sala	Circulante	Instrumentadora	Anestesia	Início	Término
() Raio X/ Imagens			() Material p/ anátomo-patológico	Discriminar:	
() Tricotomia Hora: _____ Região: _____			() Material p/ laboratório	Discriminar:	
() Hemotransusão					
() Ex. laboratoriais					
() ECG					
Cirurgia realizada:					

Posição do paciente na mesa cirúrgica:

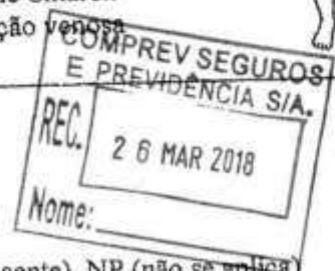
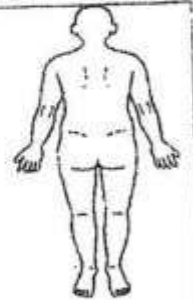
() DD () LD () LE () GINECOLÓGICA
() Outras: _____

Preparo da pele:

() Clorexidina degermante () PVPI tópico
() Clorexidina alcoólica () PVPI degermante

Legenda:

- ▲ Placa de bisturi
- Monitorização Cardíaca
- ✕ Incisão Cirúrgica
- Garrote Pneumático/ Faixa de Smarch
- ▼ Punção venosa



Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)



NOME DO PACIENTE:

Reginaldo Freitas

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO.:

LEITO:

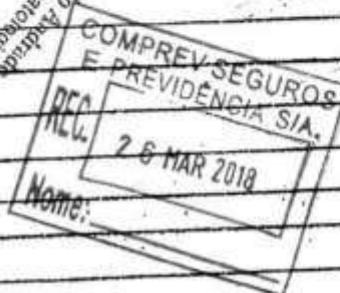
MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

212 Aguardo cirurgia
de hipotese030218 Tarefa de
a hipotese

0402 Olt-hipotese

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.066.400-53

Encaminhado com:			Outros:
☐ Venoclise	☐ Intubação	☐ SVD	
☐ Dreno	☐ SNG/SNE	☐ Irrigação contínua	
Informações adicionais:			
Enfermeiro: _____			Hora: _____



COMPREV SEGUROS
COMPETE COM O
ORIGINAL

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)

Encaminhado com:		
☐ Venoclise	☐ Intubação	☐ SVD
☐ Dreno	☐ SNG/SNE	☐ Irrigação contínua
		Outros:
Informações adicionais:		
Enfermeiro:	Data:	Hora:



Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)



BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome:

Reginaldo Freitas

Unidade / Serviço:

104

Leito:

405-2

Admissão:

26/01/18

DIA	HORA	Temp. Pulso p/ min. (BPM)	RESP.	Pressão Arterial		DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
				Max.	Min.			
26	11/18	19:00	36,70	20	120x80			Amor
27	11/18	06:00	36,85	20	120x80			Amor
27	01/18	12:00	36,6180	20	120 70			Francisco
27	10/18	18:00	36 180	20	120 80			Len
27	10/18	22:00	36,6 80	20	120 80			Len
28	01/18	06:00	35,81	20	110 70			Len
28	01/18	12:00	36 180	20	110 80			Francisco
28	01/18	18:00	36 180	20	120 80			Francisco
28	11/18	20:00	36,70	20	120x80			Amor
29	11/18	06:00	36,85	20	120x70			Amor
29	01/18	12:00	36 80	20	120 70	—	—	Antônia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29	01/18	18:00	36,5 80	20	120 60	—	—	Antônia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29	01/18	22:00	36,2 178	18	120 + 70			el
30	01/18	06:00	36,2 178	18	120 + 80	—	—	el
30	01/18	12:00	36 80	20	110 60	—	—	Antônia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
30	11/18	20:00	36,49	20	120x70			Amor
31	11/18	06:00	36,85	18	120x80			Amor
31	11/18	12:00	36,6 80	19	120x80			Amor
31	11/18	18:00	36,2 79	20	110x80			Amor
31	11/18	24:00	36,5 82	19	110x70			Amor
01	12/18	06:00	36,7 80	20	120x80			Amor
01	12/18	12:00	36 80	20	120 60			Amor
01	12/18	18:00	36,78	18	100x70			Amor
01	12/18	20:00	36,70	20	120x80			Amor
02	10/18	06:00	36,82	19	120x80			Amor
02	02/18	12:00	36,4 80	20	120x80			Amor
02	02/18	18:00	36,2 78	20	130x80			Amor
02	10/18	24:00	36,6 80	20	120x80			Amor
03	02/18	06:00	36,78	20	110x80			Amor
03	10/18	08:30	36 80	20	110 70			Amor
03	10/18	12:00	36,3 80	19	120x80			Amor

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

26 MAR 2018

Nome:

MOD. 3



Nome do Paciente: Pedroaldo Freitas Bessa

Data: 30 / 01 / 18

Leito: 405.2

Convênio: 152c

Cirurgião: *João Negro*

Nº Atendimento: 1.363.200

Cirurgia:

Admissão no Centro Cirúrgico

09 15:35 P2LT AD SPO

7040 73 kg

Alt 2nd - 7m 68 cm

Funcionário: Roselyne

Coren:

Trans - Operatório

Posição do paciente na mesa cirúrgica:
☐ DD ☐ LD ☐ LE ☐ GINECOLÓGICA
☐ Outras:

Preparo da pele:

(X) Clorexidina degermante () PVPI tópico
(X) Clorexidina alcoólica () PVPI degermante

Legenda:

-  Placa de bisturi
-  Monitorização Cardíaca
-  Incisão Cirúrgica
-  Garrote Pneumático/
-  Faixa de Smarch
-  Punção venosa

035 Patient oriented 95

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)



**uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Roginaldo Freitas BessaConvênio: ISSECNº Atendimento: 1363.200

Cirurgião:

Cirurgia:

Data: 03/02/18Leito: 405-2

ATIVIDADE

SIM/ESPEC

NÃO

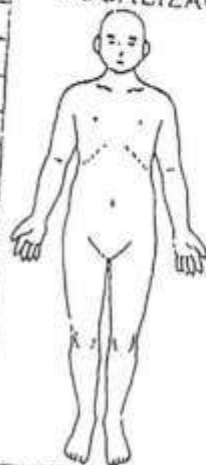
NP

Data: hora:

Hora: Evac ()

Hora:

LOCALIZAÇÃO DO ACESSO



Jejum

Reserva de sangue

Lavagem intestinal

Banho pré operatório

Acesso venoso

Ficha pré anestésica preenchida

Medicação pré anestésica

ECG

Exames laboratoriais

Raio X / Imagens

Retirada de prótese dentária / lentes

Retirada de adornos / esmalte de unha

Alergias

Encaminhado por

Medicamentos em uso:

Hora:

Recebido por: Valmislani

PA: mmHg; Pulso: bpm;

0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Transportado em: () Maca () Cadeira () Deambulando

Hora: 05:59

Dor:

Admissão no Centro Cirúrgico

Os 05:59 paciente no pré-operatório

Funcionário:

Trans-Operatório

Saia 07 Circulante BerlaneInstrumentadora MuriloAnestesia Ragus

Coren:

() Raio X / Imagens

() Tricotomia Hora: Região:

() Hemotransusão

() Ex. laboratoriais

() ECG

() Material p/ anátomo-patológico

() Material p/ laboratório

Início

Discriminar:

Término

Discriminar:

Cirurgia realizada:

Desbridamento perna D

Posição do paciente na mesa cirúrgica:

() DD () LD () LE () GINECOLÓGICA

() Outras:

Legenda:

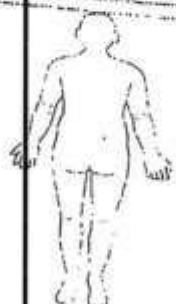
▲ Placa de bisturi

● Monitorização Cardíaca

✂ Incisão Cirúrgica

■ Garrote Pneumático / Faixa de Smarch

▼ Punção venosa



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC.

26 MAR 2018

Nome:

Preparo da pele:

(X) Clorexidina degermante

(X) Clorexidina alcoólica

() PVPI tópico

() PVPI degermante

SETOR D NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC

FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL- AVALIAÇÃO INICIAL

PACIENTE: Reginaldo Inácio Bezerra SEXO: M IDADE: 29
DATA ADMISSÃO: 26/01/18 POSTO/LEITO: 4071-2 DATA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL 27/01/18
Diagnóstico: Pne - op FT de Gumbao D

A – Anamnese

1. Peso Corpóreo

- (1) Mudou nos últimos 6 meses () sim () não
(1) Continua perdendo peso atualmente () sim () não
• Total Parcial de Pontos 0

2. Dieta

- (1) Mudança de dieta () sim () não
• A mudança foi para:
(1) () dieta hipocalórica
(2) () dieta pastosa hipocalórica
(2) () dieta líquida >15 dias ou solução de infusão intravenosa >5 dias
(3) () jejum >5 dias
(2) () mudança persistente >30 dias
• Total Parcial de Pontos 02

3. Sintomas gastrointestinais (persistentes por mais de duas semanas)

- (1) () disfagia
(1) () náuseas
(1) () vômitos
(1) () diarreia
(2) () anorexia, distensão abdominal, dor abdominal
• Total Parcial dos Pontos 0

4. Capacidade funcional física (por mais de duas semanas)

- (1) () abaixo do normal
(2) () acamado
• Total Parcial de Pontos 01

5. Diagnóstico

- (1) () baixo estresse
(2) (2) moderado estresse
(3) () alto estresse
• Total Parcial de Pontos 02

B – Exame Físico

- (0) normal
(+1) leve ou moderadamente depletado
(+2) gravemente depletado
() perda de gordura subcutânea
() músculo estriado
() edema sacral
() ascite
() edema tornozelo
• Total Parcial de Pontos 0
• Somatório do Total Parcial dos Pontos 05

C – Categoria da ANSG

- Bem nutrido <17 pontos
Desnutrição moderada 17 <22 pontos
Desnutrição grave >22 pontos

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: Bem Nutrido
NUTRICIONISTA: _____

Aimée Viana Alexandri
Nutricionista
CRN-6 14151



SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC
FICHA DE ANAMNESE(CAN)

PACIENTE: Reginaldo Freitas Gomes SEXO: M
 IDADE: 24 DIAGNOSTICO: Pne - no FT de Gumbira D
 DATA AVALIAÇÃO: 27 / 01 / 18 DATA DE REAVALIAÇÃO 16 / 02 / 18
 PRESCRIÇÃO DA DIETA EM PRONTUÁRIO: geral
 PACIENTE EM ISOLAMENTO DE CONTATO () SIM (☒) NÃO

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	DATA	DIAGNOSTICO
PESO ATUAL	<u>74 kg</u>	
PESO USUAL	<u>-</u>	
PESO IDEAL	<u>62,09 kg</u>	
PESO CORRIGIDO		
ALTURA	<u>1,68 m</u>	
ESTIMATIVA DE ALTURA	<u>-</u>	
AJ – ALTURA JOELHO	<u>49 cm</u>	
IMC DESEJAVEL	<u>18,5 – 24,99</u>	
IMC ATUAL	<u>26,22</u>	<u>Sobrepeso</u>
CB	<u>32 cm</u>	
ADEQUAÇÃO DA CB%	<u>101%</u>	<u>Eutrofia</u>

DADOS BIOQUÍMICOS

DADOS BIOQUÍMICOS	DATA	DIAGNOSTICO
Hematócrito	<u>-</u>	
Hemoglobina	<u>-</u>	
Albumina	<u>-</u>	
Contagem de linfócitos	<u>-</u>	

 Hábito intestinal: (☒) Diário () Até 3 dias () Mais 3 dias () Outro

 - Consistência das fezes: (☒) Normal () Amolecidas () Duras

 Diurese (Quantidade/Coloração): Normal

 Possui alguma patologia associada? (☒) NÃO () SIM

() DM () HA () CA () Dislipidemia () Obesidade () Magreza () Outros:

 Problema de mastigação/deglutição ? () SIM (☒) NÃO PORQUE ?

 Intolerâncias e/ ou alergias alimentares: legh

 UNICLINIC
 CONFERE COMO ORIGINAL




Uniclinic

Atendo que o
reterido dentro

foi operado de

fratura do cotovelo
e não houve
estender de alta
de fratura, a lesão
no do membro.

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 25 ABR 2018

Autenticado
em 25/04/2018
por 3311.6000

doar do flexão e
extensão

Dr. João Marcelo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.388-4/SP

20/4/18





Unidade do Fluxo

Atendo que o
reterido dentro

foi operado de

fratura do ulna
velho e met metel
e stendo de alta
de fratura, a lute
com de metel de



Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

Assinado por: [Signature]
Data: 10/05/2018
Hora: 14:55:52

dois de flexão e
extensão

Dr. João Marcelo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5233
CPF 123.456.789-00

20/4/18

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA
REC. 10 MAI 2018

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20



RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Reinaldo dos Santos Bises

vítima de acidente de trânsito, em 25/01/18, sofreu:

*lesões e perfis do TIBIA lesões e
morte molar.*

*luxação acromioclavicular (ou D)
C10 - S 93.1*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Uso de curativo do ferimento do
punho e curativo
do local acromioclavicular D.
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:*

*Cicatrizes no punho direito
Edema frequente, dor. Fome
do membro diminuída.*

*Cicatrizes no antebraço direito
clavicular dor no
distal do membro direito.*

*Dificuldade de movimentos do
membro, limitação no trabalho
interno e externo do membro
distal do membro direito.*

*Perda funcional
do membro de função*

06/06/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

CREMEC 4411
Dr. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME REGINALDO FREITAS BESSA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2002010115762 SSP CE	
CPF 024.438.243-30	
DATA NASCIMENTO 13/04/1988	
FILIAÇÃO VANDERLEY FREITAS BESSA ANA LUCIA DA COSTA BESSA	
PERMISSÃO AB	
ACC AB	
CAT. NASC. AB	
Nº REGISTRO 04434792362	VALIDADE 24/02/2018
1ª HABILITAÇÃO 20/08/2008	
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Portador <i>Reginaldo Freitas Bessa</i>	
LOCAL NATAL, RN	DATA EMISSÃO 26/02/2013
ASSINATURA DO EMITENTE <i>[Assinatura]</i>	
46784624664 RN701702427	
DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

689846475

PROIBIDO PLASTIFICAR

689846475



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

REGINALDO FREITAS BESSA : 024.438.243-30

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF/CNPJ: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/04/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/05/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

BRASIL

Serviços Barra GovBr

*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2225261/2018

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

10/05/2018 10:52:25

*Dados do reclamante***Segurado:**

REGINALDO FREITAS BESSA

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

024.438.243-30

*Formas de contato***E-mail:**

iraneide15@hotmail.com

Celular:

(85) 98685-3187

Endereço:

rua do rosario 77

Bairro:

CENTRO

CEP:

60.055-090

Cidade:

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

VENHO POR MEIO DESTA REGISTRAR MINHA DENUNCIA A SEGURADORA LÍDER RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT, HÁ MAIS DE 1 (UM) ENVIEI TODA DOCUMENTAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO, MAS A SEGURADORA LÍDER CONTINUAR A COBRAR A DOCUMENTAÇÃO ABUSIVA NO INTUITO DE PROTETAR O RECEBIMENTO DA MINHA INDENIZAÇÃO, PEÇO QUE SEJA APURADO ESTAS EXIGÊNCIAS ABUSIVAS, POIS JÁ ME ENCONTRO DE ALTA DEFINITIVA CONFORME DOCUMENTO ANEXO.SOLICITO QUE DEEM ANDAMENTO AO MEU PROCESSO AGENDANDO MINHA PERICIA MÉDICA.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

*Documentos*

Tipo

Número

Encaminhamentos**Atendente****Data**

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

10/05/2018 10:52:25

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à

10/05/2018

Faça aqui sua Reclamação — SUSEP

Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

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: 07/06/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA **Data do acidente:** 25/01/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO, NO MOMENTO. SOLICITO AINDA APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, EXAMES DE IMAGEM, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonça

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA **Data do acidente:** 25/01/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ENCAMINHAR O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, FOLHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE, CONTROLE COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonça

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA **Data do acidente:** 25/01/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL EM CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonça

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA **Data do acidente:** 25/01/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NO OMBRO, DEFORMIDADE ACRÔMIO-CLAVICULAR E MODERADA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REPARAÇÃO DE LIGAMENTOS. SUBMETIDO A IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fernando Rabelo da Silva

CRM do médico: 3630

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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: **3180138461**

Nome do(a) Examinado(a): **REGINALDO FREITAS BESSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Tailândia, 100, ap 01 - Parque Genibaú - Fortaleza - CE - CEP 60534-670

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2002010115762**

Data e local do acidente: [**25/01/2018**] **FORTALEZA, CE.**

Data e local do exame: [**17/05/2018**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REPARAÇÃO DE LIGAMENTOS. SUBMETIDO A IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NO OMBRO, DEFORMIDADE ACRÔMIO-CLAVICULAR E MODERADA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Nº Sinistro: **3180138461**

Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Data do Acidente: **25/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180138461**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12580492



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Nº Sinistro: **3180138461**

Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Data do Acidente: **25/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Nº Sinistro: **3180138461**

Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Data do Acidente: **25/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12728970



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Sinistro: **3180138461**

Vítima: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Data do Acidente: **25/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180138461** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta nº: 12873107

A/C: REGINALDO FREITAS BESSA

Nº Sinistro: 3180138461
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
Data do Acidente: 25/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **REGINALDO FREITAS BESSA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000625-4**

Conta: **0000026517-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Nº Sinistro: **3180138461**
Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o crédito de indenização.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e estar regularizada, ativa.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

REC. 26 MAR 2018
Nome: Réginaldo Freitas Berta

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

024.438.243-30

Nome completo da vítima

Réginaldo Freitas Berta

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Réginaldo Freitas Berta</u>		CPF titular da conta <u>024.438.243-30</u>	Profissão <u>Autônomo</u>
Endereço <u>Rua Tailândia</u>		Número <u>100</u>	Complemento <u>AP01</u>
Bairro <u>Parque Genibau</u>	Cidade <u>Jordeliza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60534-70</u>
Email		Telefone (DDD)	<u>85 98749-5857</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome Bradesco NRO
AGÊNCIA NRO. 0625 D/V 4 CONTA NRO. 0026517 D/V 9
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a cobertura seguradora para o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Não reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

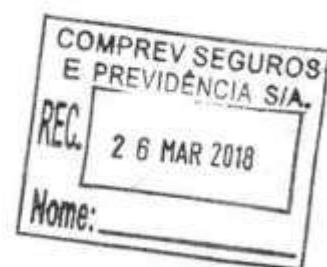
REC. 26 MAR 2018
Nome: Réginaldo Freitas Berta

Jordeliza, 22 de Março de 2018
Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

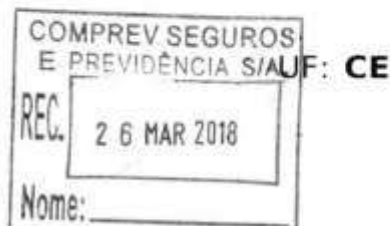
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/03/2018 11:01:46**
Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2018 06:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL JOAQUIM FRANKLIN**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. AO POSTO DE SAUDE**

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **REGINALDO FREITAS BESSA**Nascimento: **13/04/1988** CPF:RG: **308772-2-5**Orgão Emissor: **PM**Filiação: **ANA LUCIA DA COSTA BESSA****VANDERLEY FREITAS BESSA**Endereço: **RUA TAILANDIA, 100 APT.01**Bairro: **GENIBAU**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**CEP: **60.534-670**Telefone: **(85) 98749-5857****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NUO9225** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110AR544191 Renavam: **229015050** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº04434792362, CATEGORIA "AB", DETRAN/CE, QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA NUO-9225/CE, QUE TRAFEGAVA PELA RUA CORONEL JOAQUIM FRANKLIN, SENTIDO CENTRO, QUANDO O CARRO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO DA VIA, REALIZOU UM DESLOCAMENTO DA FAIXA PARA A ESQUERDA E COLIDIU NA MOTO PILOTADA PELA VITIMA, QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DA PM QUE PASSAVA NO LOCAL E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE ANTÔNIO BEZERRA. AFIRMA A VITIMA QUE O CARRO CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL. E NADA MAIS DISSE.//
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Reginaldo Freitas Bessa*



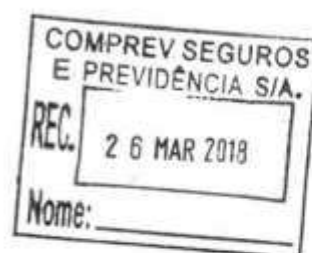
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

Reginaldo Soares Bessa

[Large handwritten signature]



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Reginaldo Freitas Beme

CPF da Vítima

024.438.243-30

Data do Acidente

23/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(21) 99653-7147

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.**

REC.

26 MAR 2018

Nome: _____

Fortalys

22 de Março

de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 155295	Nº DO BE 192442
NOME DO PACIENTE REGINALDO FREITAS BESSA		NASCIMENTO 13/04/1988 (29 ANOS)	SEXO M
CADSUS		NOME RESPONSÁVEL O MESMO	RACIA COR PARDO
NOME MÃE ANA LUCIA DA COSTA BESSA		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBAÚ		CEP 60.534-670	
CONTATO (85)99815-6935			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DA DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
QUEIXA SIC PACIENTE TEVE COLISÃO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI			
SINAIS VITAIS		SAT O2 NI%	
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		PULSO NI	
PESO NI KG		GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C			
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES	
ÁREA ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO CIRÚRGICO			
ANAMNESE Paciente vítima de acidente de moto dia 24h. VTM. Percebi ferimento, fratura de fêmur; pulso cheio; ECG 15; relatou em um outro D. Lesas com lesão em fêmur col. RX torax e outro D. - SURTIDA			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X		() OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	
MÉDICAMENTO # Injeção de morfina		OBSERVAÇÕES	
Luz de gesso - clavícula direita			
30/06/2018			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 25/01/2018 às 08:01:15

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 2º Penal.

Dr. Rogério Aguiar Ximenes

Dr. Rogério Aguiar Ximenes
Médico
CRM: 6919

REGINALDO FREITAS BESSA

HOSPITAL DISTRITAL DE EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

- Nenhuma sutura
em ferimento de fêmur D.

Alta da camera geral

CÓPIA



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: 23/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO FREITAS BESSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00625-4

CONTA: 000000026517-9

Nr. Autenticação

BRADESCO2305201805000000000023700625000000026517168750 PAGO



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE REGINALDO FREITAS BESSA		DADOS PESSOAIS	
CASSUS		NASCIMENTO 13/04/1988(29 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 155295
NOME MAE ANA LUCIA DA COSTA BESSA		SEXO M	Nº DO SE 192442
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBAÚ		NOME RESPONSÁVEL O MESMO	RACÃO PARDOS
CONTATO (85)99815-6935		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA 60.534-670	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SIC PACIENTE TEVE COLISAO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)
PESO NI KG	SINAIS VITAIS
TEMPERATURA NI °C	SAT O2 NI%
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	PULSO NI
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES	
GLICEMIA NI	
DATA E HORA DA CLASSIFIC 25/01/2018 08:01:	

ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO CIRÚRGICO	ÁREA ATENDIMENTO
---	------------------

ANAMNESE		ATENDIMENTO MÉDICO
<i>Acidente vítima. Acidente de moto há 2h; vim ser levado. Fc=86; pulso cheio; ECG 15; relato em um outro D.; lesões com col. RX torax e omalgia D. - surto</i>		<i>COMPREV. SEGUROS. PREVIDENCIA S/A. REC. 26 MAR 2018</i>
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO
SAD. SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS		CID

PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i># Iniciar antibioticoterapia</i>			
<i>luxão de punho - dor muito intensa</i>			
<i>30/06/2018</i>			

TIPO DE ALTA/SAÍDA	
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL	

DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
----------------------------	---

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 25/01/2018 às 08:01:15

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do

Penal.

Surto geral

Dr. Rogério Aguiar Ximenes
Médico
CRM: 6919

REGINALDO FREITAS BESSA

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

*- Nenhuma sutura
em ferimento de tornozelo.*

col. Alta da camera geral

Atendimento 1.363.184
 Paciente Reginaldo Freitas Bessa
 Segurado Reginaldo Freitas Bessa
 Convênio ISSEC
 Plano ISSEC
 Matrícula 00256695000
 Endereço Tallandia, 100 Genibaú casa01
 Complemento casa01

Cartão Saúde 20251211

Prontuário 424339
 Idade 29 anos e 10 meses
 Fone 987495857
 Val. Carteira 26/04/2018
 Identidade 30877225
 Bairro Genibaú
 Cidade Fortaleza
 Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor Emergencia-Pronto Socorro
 Atendente Raquel de Sousa Silva Santiago
 Especialidade Traumatologia
 Classificação Consulta

Medico/C.d Joao Ricardo Andrade de Alencar
 Data 26/01/2018 - Sexta-feira
 Hora 16:57:50

Queixa Principal trauma ombro dir

HDA

PROCEDIMENTO.

DIAGNOSTICO

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

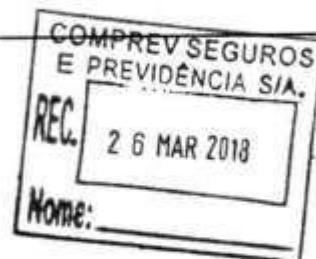
INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

05.867.015/0001-75

UNIÃO DE CLÍNICAS DO CEARÁ LTDA

Av. Aguanambi, 332
 Fátima - CEP 60.055-402

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



AT 1363700

2018/02

155EC

RP
19/02/18

Salv 19/02/18



uniclinic
o hospital da sua vida

Av: Aguanambi Nº 332

Bairro: Fátima

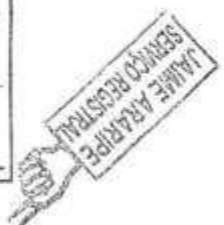
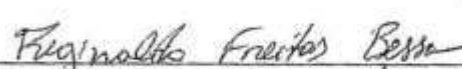
CEP: 60055402

Tel: 3311-6000

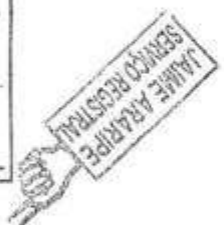
REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod.

09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME REGINALDO FREITAS BESSA				☒ Interno ☐ Outras
CPF 024.438.243-30	RG 2002010145762	IDADE 29	E.CIVIL CASADO	SEXO MASC.
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA Nº 100 APOI		BAIRRO GEMBAÚ	DATA DE NASC. 13/04/1988	
CIDADE FORTALEZA	CEP 60534-670	UF CEARÁ	NATURALIDADE FORTALEZA	
PAI VANDERLEY FREITAS BESSA		MÃE ANA LÚCIA DA COSTA BESSA		
MÉDICO RESPONSÁVEL DR. JOÃO RICARDO		CRM 5244	DATA INTERNAÇÃO 26/01/2018	
QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL				
NOME		RG	CPF	
PROFISSÃO		PARENTESCO	FONE	
ENDEREÇO		BAIRRO	CIDADE	CEP
				UF
O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações médicas existentes no Prontuário.				
COMPROVADOS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 26 MAR 2018 Nome: _____ 				
Por ser expressão da vontade. Firmo a presente. Fortaleza (Ce), DE DE 2018.  PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)				

JAIME ARARIPE
 Serviço Registral
 Cod. 1852438751723
 2-Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: _____
 REGINALDO FREITAS BESSA
 que comparece e/ou padroeiro nesta serventia. Dou fé.
 Fortaleza, 16 de fevereiro de 2018, às 12:37. Em testemunho da verdade.
 JUIZ DE DIREITO REGINALDO BESSA (representante)
 Total: R\$ 4,03. Punct. Judicial





uniclinic

O hospital da sua vida

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 26/01/18

Arduo

Nome do Paciente:

Leandro Guto Rosa

Enf. Aplo.:

Leito.:

Médico.:

Credenciamento.:

Internamento:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

MATERIAL UTILIZADO

<i>1</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Ser. 20 cc	0
<i>2</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Ser. 10 cc	
<i>3</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Ser. 5 cc	
<i>4</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Ser. 3 cc	
<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Agulha 40/12	
<i>6</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Agulha 13/4,5	
<i>7</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Equipo	
<i>8</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Equipo c/ lat.	
<i>9</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Soro Fisio. 100ml	
<i>10</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Soro Glico. 100ml	
<i>11</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	Abd 500ml p/02	
<i>12</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	S. Aspiração	
<i>13</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	BOMBA DE INFUSÃO	OXIGÊNIO
<i>14</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	MED. LIG.	DES. LIG.
<i>15</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		DES.
<i>16</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>17</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>18</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>19</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>20</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>21</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>22</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>23</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>24</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>25</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>26</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>27</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>28</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>29</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		
<i>30</i>	<i>5</i>	<i>5</i>		

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CPF: 42.246.406-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Glicemia

Hora Valor Insulina

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo dos Reis Silva

DATA: 26/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405.2

CONVÊNIO: Uniclinic

TURNO: mat

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

As 19:00 h, parte admitida para o
tratamento da emergência para fratura no
braço direito, com fratura completa e deslocada.
Seu estado geral é bom, com sinais vitais estáveis.
Seu estado de consciência é bom.
Antônio Claudenir Barbosa
COREN-CE 001.202.125 TE

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo₂: %

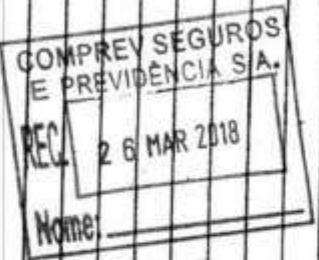
DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

As 19:10 h, parte laparoscópica
de 1º grau, encaminhada para o
serviço de cirurgia geral, com
diagnóstico de apendicite aguda.



ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Antônio Claudenir Barbosa
COREN-CE 001.202.125 TE

Assinatura e COREN:

Paciente: **Reginaldo Freitas Bessa**
Data Nascto: 13/04/1988 29 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 987495857
Leito: 405-2

Atendimento: 1.363.200
Prontuário: 424.339
Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Data Internação: 26/01/2018 17:33:05 Entrada na Unidade:

ADMISSÃO UNIDADE

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

Às 19hs paciente admitido proveniente da emergência

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Passou menos de 72 hs internado em outra instituição
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
Enfermeiro
CREN-DE 454350

Rafael Nogueira Abrante /

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome: _____

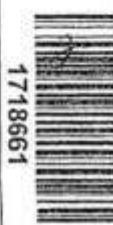
UNICLINIC
CONFERE COM
FISCAL



Uniclinic

João de Clinicas do Ceara Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



1718661

Paciente **Reginaldo Freitas Bessa**

Data Nascido **13/04/1988** **29a An 13d**

Atendimento **1.363.200**

Convênio **ISSEC / ENFERMARIA**

Prontuário **424.339**

405-2

Data Entrada **26/01/2018 17:33:05**

Data Prescr. **27/01/2018 12:00:00**

Médico Resp **Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)**

Dietas **Dose** **Intervalo** **Observação** **Descrição Técnica**

Genal (ou Livre que aceitar)

dicamentos

Cetoprofeno 100mg Fa Ev

Dose / Intervalo / Via **Horários**

1 FFA 12/12 h IV **28**

28

D. P. E.
2º S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações

JELCO SALINIZADO

Intervalo

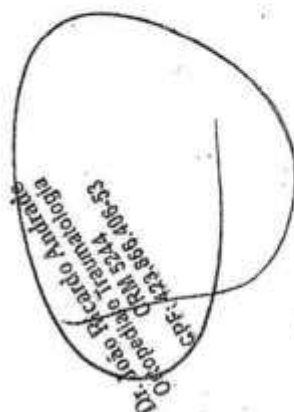
Horários

MANTENDO

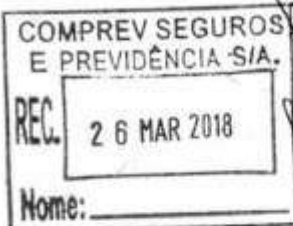
SSV + CCGG

ROTINA

recebeu bem o cepex



Samuel Magalhães da Silva
Traumatologista - Ortopedia
CRM 10117 TEOT 12554



CONF. ORT. AL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NAME: Reinaldo Fajal Barr

DATA: 27101118

POSTO: 04

LEITO: 405-2

CONVÊNIO:

TURNNO: MAT

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() **Ar ambiente**

() Cat. Nasai

() MINBZ

() Masc. Res

atorria 100% Spo: _____%

()

SNES

() SNG

() GTT

() NPT

Observações:

Observações

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC 26 MAR 2018

Home:

ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Markus de Olf. Heister
FON: 061036061

Assinatura e COREN:

Maria Laura S. de Oliv. Mendez
COTEN: 401000001

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascto: 13/04/1988 29 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 987495857
Leito: 405-2

Atendimento: 1.363.200
Prontuário: 424.339
Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
Enfermeiro
CONVÊNIO 454350

Rafael Nogueira Abrante /



COMPREV SEGUROS
ORIGINAL



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1719302

Paciente Reginaldo Freitas Bessa
Data Nasco 13/04/1988 29a 9m 15d

Atendimento 1.363.200
Convênio ISSEC / ENFERMARIA
Prontuário 424.339

Data Entrada 26/01/2018 17:33:05

Data Prescr. 26/01/2018 12:00:00

405 2

Médico Resp Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
Geral (ou Livre que aceitar)				
Medicamentos			Dose / Intervalo / Via	Horários
Cetoprofeno 100mg Fa Ev			1 FA 12/12 h IV	28

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações

Intervalo

Horários

JELCO SALINIZADO

MANTENDO

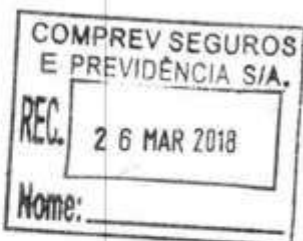
SSV + CCGG

ROTINA

Dr. Joao Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
C.R.F. 423.866-406-53
CRM 5244

Carla de C. C. C.

Samuel Magalhães da Silva
Traumatologia e Ortopedia
CRM 10111-180712554



ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Data Nascto: 13/04/1988 29 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 987495857
 Leito: 405-2

Atendimento: 1.363.200
 Prontuário: 424.339
 Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
 Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
28/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Darlene Rodrigues Oliveira	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
 HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
 #ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

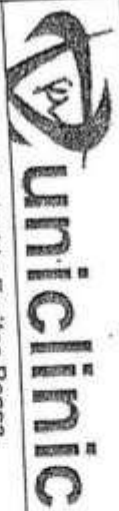
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes
- Cliente não apresenta queixas no período.



DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA
 Enfermeira
 COREN CE 455211

DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA COREN:455211

UNIDADE
 COPIA COM
 ORIGINAL



União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1719618

405-2

Paciente Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascto 13/04/1988 29a Sm 15d

Data Entrada 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento 1.363.200

Convênio ISS/EC/ENFERMARIA

Data Prescr. 29/01/2018 12:00:00

Prontuário 424.339

Dieta 31 (ou Livre que acostar)

Medicamentos

Cefotrieno 100mg Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

COM ATADURA

Recomendações

JELCO SALINIZADO

SSW + CCGG

Dieta zero apr dehydr

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome: _____

UNICLINIC
COMPREV COM O
CRM 5244

[Handwritten signature]

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo Freitas Rosa

DATA: 29/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: Unic

TURNNO: mat

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações: As 18:00 h parti para fazer exame no litto

Antônia Cláudia Barbosa
COREN-CE 001.202.129 TE

TURNNO: 5th

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

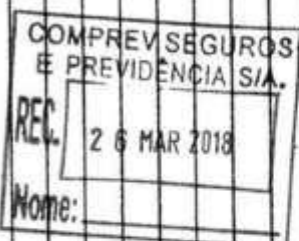
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:



Assinatura e COREN:

Antônia Cláudia Barbosa
COREN-CE 001.202.129 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33 05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

- Diagnóstico: Pré Op de fratura de ombro (D)
- Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorências

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ()

Rafael Abrante
Enfermeiro
COREN/CE 454350

Rafael Nogueira Abrante



UNICLINIC
CONTAS A PAGAR
01/02/2018

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascto: 13/04/1988 29 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 987495857
Leito: Sala Cirur 01

Atendimento: 1.363.200
Prontuário: 424.339
Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Francisca Ivanuza Carlos Maurício	COREN 311777

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): IVANUZA MAURICIO

Evolução NOITE

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- MANTEM Curativo de Perna (D)

MANTEM CURATIVO DA FO



Condutas/Intercorrendias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Ivanuza Mauricio
Enfermeira
COREN 311777
IVANUZA MAURICIO

17027 REC 01
26 MAR 2018

Prescrição Eletrônica Paciente

1720281

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascimento: 13/04/1986 29a 9m 17d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Atendimento: 1.363.200

Genéio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 30/01/2018 12:00:00

Prontuário: 424.339

405-2

Médico Resp: Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta: Zero

Medicamentos

etoproteno 100mg fa EV

Dose / Intervalo / Via
1 FA 12/12 h IV 20

DE

D. P. E.
5. S.

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

COM ATADURA

Recomendações

JELOO SALINIZADO

SSW + CCG

Intervalo

Horários

MANTENDO

ROTINA

curativo de curativo e curativo

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Dieta zero apr 20h

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

24

06



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo Freitas Rosa

DATA: 30/01/18 POSTO: 04 LEITO: 405.2

CONVÊNIO: WEC

TURNO: not

CVP ☒ Local

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

Ab 15:30 h. parte suaminhada. paciente em centro cirurgico

Ab 15:35 PAC E AD SPO

Ab 01:50 A paciente do 01 da 5ª pav. Obteve seguimento adequado da sua recuperação

Sonia M^{re}. S. Alves
Gerente de Enfermagem
Técnica em Radiologia

REC. 26 MAR 2018

TURNO:

CVP () Local

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

Ab 22:00 h. parte retornar de e.c.c.

Nome:

Assinatura e COREN:

Antônia Maria Pereira Barbosa
COREN 0564792/123 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data-Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
30/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

- Diagnóstico: Pré Op de artroscopia de ombro (D)

- Especialidade: Clínica

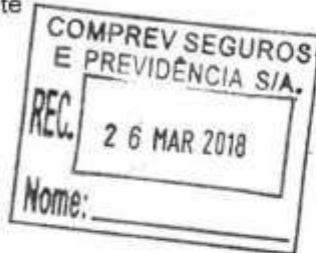
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta Zero após jejum
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorrendo

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ()
- Solicitado limpeza em curativo cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 MATRÍCULA: 424339

Rafael Nogueira Abrante



[Handwritten signatures and notes]

NOME: Reginaldo Brito Bessa
CLÍNICA: 14 CATEGORIA: 1 LEITO: 405-2 PRONTUÁRIO: 474.339
DATA: 30/01/18 CIRURGIÃO: Rodrigo
1º AUXILIAR: 1 2º AUXILIAR: 3 3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR: Dr. Victor Monte Tenorio CIRCULANTE:
ANESTESISTA: Dr. Victor Monte Tenorio TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: lesão no membro superior direito
TIPO DE OPERAÇÃO: trab. de fratura comin.

do ombro + traqueia

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O membro

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: interferência do movimento

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 10
INÍCIO DA CIRURGIA: 19:00 TÉRMINO: 20:00 DURAÇÃO: 1h
INÍCIO DO OXIGÊNIO: 19:00 TÉRMINO: 20:00 DURAÇÃO: 1h

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

① Devido ao corte nos
efeitos de bloqueio
② antes de
anestesia
③ com o uso de
manipulação manual do
ombro, traqueia
movimento, redução do
deformação e auxílio
de interferência do movimento
e fixação com fio de
ferro, utilizando trípode
④ a imagem
⑤ de uma hemia, furo
Arthro + fixação

Dr. Victor Monte Tenorio
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11967

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11967

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA SIA.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

AUDITADO
26/03/18
Eliete

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Reginaldo Frutos Berra</u>			
AP/ENF:	LEITO: <u>405.2</u>	CONVÊNIO: <u>SMU</u>	
CIRURGIÃO: <u>D. J. Lima</u>	DATA: <u>20/01/18</u>		
IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: <u>M</u> PULSO: <u>80</u> RESPIRAÇÃO: <u>18</u>
PA: <u>120 x 80</u>	TIPO SANGÜÍNEO:	HEMACIAS:	HEMOGLOBINA:
HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	
AP. RESPIRATÓRIO:	ASMA:	BONQUITE:	
AP. CIRCULATÓRIO:	ECG:		
AP. URINÁRIO	URINA:		
AP. DIGESTIVO:	DENTES:	PESCOÇO:	
ALERGIAS:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>lesão Amniotômica</u>	Satisfatória: ☒ Excitação: ☐ Tosse: ☐ Tenta: ☐ Náuseas: ☐ Vômitos: ☐		
ANESTESIAS ANTERIORES:	MANUTENÇÃO <u>Neu 250A</u> <u>2000ml</u> <u>Dantrol</u> <u>200ml</u> <u>Pac 100ml</u> <u>2000ml</u> <u>Heam 0L</u> <u>1000ml</u>		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:			
PAM:			
HORÁRIO: <u>14:00</u> <u>20:00</u>			
Agente Anestésico: <u>34.1</u>			
Líquidos, soros, hemoderivados e etc.			
PULSO			
TEMP.			
PVC			
PA			
ANEST.			
OP			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>Heam - 1000ml</u> <u>SA - 100ml</u> <u>Dantrol - 200ml</u> <u>Pac 100ml</u> <u>Heam 0L</u> <u>1000ml</u>		
POSIÇÃO: <u>SA - 100ml</u>			
AGENTE: <u>Neu 250A</u>			
TÉCNICA: <u>Bloqueio de Sackman</u>			
CIRURGIA: <u>Gr. C. 100ml</u>			
CIRURGIÕES: <u>D. J. Lima</u>			
ANESTESISTA(S):			
INTERCORRÊNCIAS: <u>Normal</u>			

Anestesia Satisfatória Sim () Não ()
 Paciente para o leito com cânula:
 Sim () Não ()
 Perda Sanguínea Aprox.: _____ ml
 Obstrução: _____ Co2
 Náuseas: _____
 Vômitos: _____
 Outros: _____

Dr. Mário Magalhães
 Anestesiologista
 CRM 428
 Assinatura do Anestesiologista/CRM

Nome do Paciente: <u>Reginao de Freitas Bessa</u>		At: _____	
Data: <u>30/01/18</u>		Convênio: <u>TSSec</u>	
Leito: _____		Início: <u>19:00</u> Término: <u>20:00</u>	
Procedimento: <u>Procedimento de luxação acromioclavicular - da articulação acromioclavicular</u>			

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Latex	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid	00	Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	01
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut-Simples N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	01	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	01	Caprofil	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Caprofil	unid	
Agulha 40x12	unid	02	Luva 8,5	unid		Monoeryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr	20	Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm	60	Mononylon 3.0	unid	02
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm	30	Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	pares	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid	01	Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Raio X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm	02	Seringa 01 cc	unid		Sonda de fouchet n-32	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid	04	Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda de Folley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	03
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01	Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid	01	Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóia Descartável	unid	01	Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	10	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	200	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml	180	TAXAS			Nitrogênio	Dur	40
Clorexidina Aquosa	ml		Aspirador			Agulha de Veres	unid	
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico		sim	MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico		sim			
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem		sim			
Dreno de Toráx N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipos	unid		Tx. Ureterotripsor					
Esparadrapo	cm	30	OUTROS					
Éter	ml		Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Faixa de Smarch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter de Hemodialise	unid				
Fio Guia Hidrofilico	unid		Heparina	unid				
Fita Cardíaca	unid		Xilocalina SV 20 ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	20	Xilocalina CV 20 ML	gr				
Gaze Acolchoada	unid		Xilocalina Gel	unid				
Esterilios 2%	ml		Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid		Kollagenase	gr				
Gorro	unid	06	Adrenalina	unid				
Diprosan	unid		Oximetazolina	Fr				
Tela Inorg.Polipropileno	unid							

Cirurgião: João Ricardo
Aux 1: V. Monte

Anestesiista: Mauricio
Aux 2: _____

Instrumentadora: Davi
Circulante: Carla

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC 26 MAR 2018

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 3244
CPF: 120.886.408-25



NOME: Reginaldo Freitas Bezerra
 PRONTUÁRIO: 494.339
 ATENDIMENTO: 2-363-200
 DATA DE NASC: 13/04/1988
 DATA ADMISSÃO: 30/01/2018
 HORA ADMISSÃO: 20:10

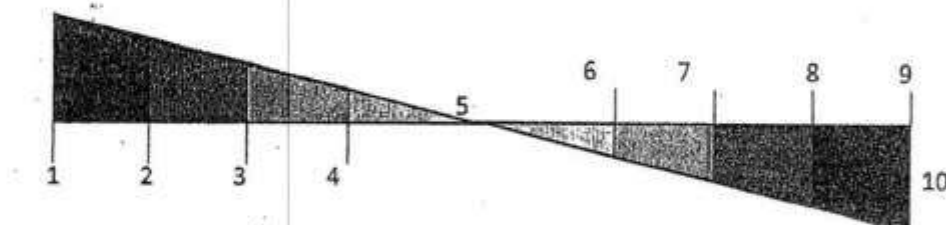
LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO
 () IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA

() OUTRAS:

() ALERGIAS:

SUGESTÕES DA ANESTESIA



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1

APÓS UMA HORA: 1

ESCORE NA ALTA: 1

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	2	2	2	2	2	2							
P	2	2	2	2	2	2							
C	1	1	1	1	2	2							
R	1	2	2	2	2	2							
S	1	1	1	2	2	2							
T	7	8	8	9	10	10							

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
 () HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELIRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
 () TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESIAS
 () BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
 () PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA).

Tratamento com analgésicos e antieméticos
Atenção com cuidados de suporte de vida
Boa evolução com suporte de vida

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DIPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PRASIL () LORAX
 () CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
 () HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 21:50

PA: 123x51

FC: 67

SpO₂: 96.1

(X) APARTAMENTO

() UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO) Dr. Evaldo Diógenes ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

Médico Anestesiologista
 CREMEC 10169



uniclinic

João de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1720994

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 17d
Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Médico: Resp Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200
Contêiner: ISSEC / ENFERMARIA
Data Prescr: 31/01/2018 12:00:00
Prontuário: 424.339

405-2

Dieta: Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Geral (ou Livre que aceitar) Dose/Intervalo/Via Horários

Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev 1FA 12/12h IV

20

06

D P E S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF
2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

1FA 6/6h IV

12

16

24

06

1° S

D01/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD
INICIO: 31/01

Dias previstos: 0 - Uso anterior de antitrombotico: N -

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Ordem Intervalo

Horários

Material

Data/Hora

31 12:00

Recomendações

Intervalo

Horários

JELCO SALINIZADO

MANTENDO

SSV + CCGG

ROTINA

Dr. João de Clinicas do Ceara Ltda

Dr. Victor Montenegro
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM CE 11967 TEOT 13864

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
REC. 26 MAR 2018
Nome:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Prescrição em F.D.

Dr. João Ricardo Andrade de Alencar
CRM CE 11967 TEOT 13864
CPF: 42.115.865-406-83
Oropetia e 7.111.111-111



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 31/01/2018
CONVÊNIO: 3522C

POSTO: 41 LEITO: 105-2

CONVÊNIO: JPRC

TURN ON:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Másc. Reservatória 100% S-2-3.

RECEIVED 100% spo: _____ %

10

Para:

1

110()

() NP

Observações:

COMPRES SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

26 MAR 2019

REC

Name:

UNCLASSIFIED
CONFERS COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN:**Assinatura e COREN:**

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa		Atendimento	1.363.200
Data Nascto	13/04/1988	29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857		Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 01			

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
 Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom + *Kollagenare*
- (sutura preservada sem flogose)
- Realizado curativo em FO convencional
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 424.339

Condutas/Intercorrendias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Rafael Nogueira Abrante

454385



Dr.
 CONF. COM. 10



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1721615

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 19d
Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Médico: Resp. Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200
Contorno: ISSEC / ENFERMARIA
Data Presc: 01/03/2018 12:00:00

Portuario: 424.339

405-2

Dieta: Zero Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg / Fa Ev

Dose / Intervalo / Via: 1 FA 12/12 h IV

20

06

D. P. T. S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

1 FA 6/6 h IV

12

18

24

06

2 ° S

D02/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

Ord. Intervalo: 1x ao dia

Horarios: 12

Material: Diapirona 01 12:00

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Recomendações

JEJUNO SALINIZADO

Intervalo: Horarios:

MANTENDO

SSW + CCGG

ROTINA

João Ricardo A. de Alencar
Traumato
CRM 5244

Curechu

me 8.0.

A

Dr. Joao Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-55

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

CONFIRMAÇÃO
ORIGINAL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Roginaldo Freitas Braga

DATA: 01/02/18 POSTO: 04 LEITO: 405.2

CONVÊNIO: breco

TURNO: ut

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações: do 18:00 h para seguir rotinal no leito

Antônia Claudineia Barbosa
COREN-CE 001.202.125 TE

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018

Observações:

Nome: [assinatura]
COPIA ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Antônia Claudineia Barbosa
COREN-CE 001.202.125 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data-Nascto:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
 Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO
- Mantém Curativo de Perna (D) + Crepom com Kollagenase (sutura preservada sem flogose), irá realizar limpeza cirúrgica
- Realizado curativo em FO convencional
- Eliminações presentes



Condutas/Intercorências

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 CRM-CE 454352

Rafael Nogueira Abrante

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



1722117

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 19d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200

Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Prontuário: 424.339

405-2

Dieta: Zeiro

Observação

Descrição Técnica

Medicamentos

Cetoprofeno 100mg Fa Ev

Dose / Intervalo / Via

Horários

D P E

1 SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

1 FA 6/6 h IV

12

18

24

08

3°

S

D03/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IFUXOL

2 Curativo da F.O

Recomendações

JELCO SALINIZADO

SSV + CCGG

Qtda / Intervalo

1x ao dia

Horários

Material

Data/hora

1x ao dia

Intervalo

Horários

MANTENDO

ROTINA

CPF: 433.333.333
CRM: 5244
Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA SIA.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

COPIA
NÃO REPRODUZIR
ORIGINAL

Paciente:	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento:	1.363.200
Data Nascto:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário:	424.339
Sexo:	Masculino	Dt. Entrada:	26/01/2018 17:33:06
Telefone:	987495857	Convênio:	ISSEC ENFERMARIA
Leito:	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
02/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PO FT DE OMBRO (D) + PRE OP DE PERNA (D) (LIMPEZA)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado curativo em FO convencional
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura + kollagen am
(sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
Enfermeiro
CE 254330

Rafael Abrante
Enf.
COREN-CE 454350

Rafael Nogueira Abrante /



INFORME
CONFERE COMO
ORIGINAL 43

UNICURSUS
CONFERE O ORIGINAL

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome: _____

Nome do Paciente: Reginaldo, Vidas Bessa

Data: 03/02/18

Leito: 405-2

At: L. 363.200

Tipo Cirurgia: Extensas peritonite peri-
mentes

Convênio: Unic

Início: 05:30 Término: 07:00

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abenço N°	unid		Latex	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N° 11	unid	01	Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut Simples N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	01	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	02	Caprofil	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Caprofil	unid	
Agulha 40x12	unid	01	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr		Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm	50	Mononylon 3.0	unid	02
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	pares	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid		Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Rolo X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm		Seringa 01 cc	unid		Vicryl Rapid	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid	01	Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda de Foley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl Plus	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	
Cateter Duplo J	unid		Surgitel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01	Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid		Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóla Descartável	unid		Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	10	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	180	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml		TAXAS				Nitrogênio	Dur
Clorexidina Aquosa	ml	180	Aspirador				Agulha de Veres	unid
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico			MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico			COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. REC. 26 MAR 2018 Nome:		
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem					
Dreno de Torax N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipo	unid		Tx. Ureterotripsor			Dr. Vinícius Tenório Cirurgião de Cabeça e Pescoço CRM CE 11967 TE011304		
Esparrapado	cm	30	OUTROS					
Éter	ml		Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Faixa de Smarch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter de Hemodialise	unid				
Fio Guia Hidrofílico	unid		Heparina	unid				
Fita Cardíaca	unid		Xilocaina S/V 20 ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	60	Xilocaina C/V 20 ML	gr				
Gaze Acolchoada	unid		Xilocaina Gel	unid				
Esterilios 2%	ml		Naropin mg	unid		INSTRUMENTADOR: <u>Cosmo</u> CIRCULANTE: <u>Kadija</u>		
Gel Foan	unid		Kollagenase	gr	15			
Gorro	unid	06	Adrenalina	unid				
Diprosan	unid		Oximetazolina	Fr				

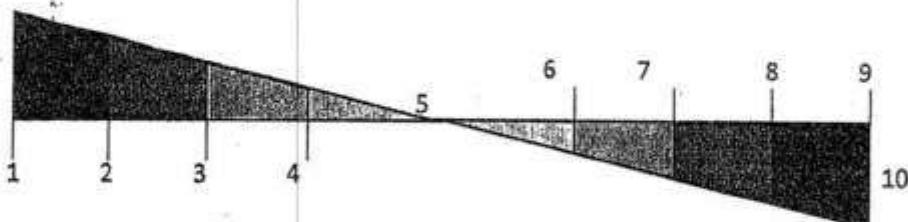
CIRURGIÃO: V. Monte
Anestesista: mauro
Aux 1: J. Ricardo

Aux 2:
Aux 3:

NOME: Reginaldo Freitas
PRONTUÁRIO: 424339
ATENDIMENTO: 1363200
DATA DE NASC: 13.04.88
DATA ADMISSÃO: 03/02/18
HORA ADMISSÃO: 04:10

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO () OUTRAS:
() IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS:



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1

APÓS UMA HORA: 1

SCORE NA ALTA: 1

SUGESTÕES DA ANESTESIA



ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	1	1	1	1									
P	2	2	2	2									
C	1	1	1	2	2								
R	2	2	2	2	2								
S	1	2	2	2	2								
T	7	8	8	9	9								

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
() HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELIRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
() TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESÍAS
() BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
() PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Dr. Renato M. D. P. Jr.
R. 1200 - Anestesiologia
3005 - Anestesiologia

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DIPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PRASIL () LORAX
() CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
() HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 08:30

PA: 116

FC: 64

SpO₂: 98

() APARTAMENTO

() UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO) Dr. Evaldo Diógenes ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

Médico Anestesiologista

CREMEC 10169



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1722884

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 21d

Data Expirada: 26/01/2018 17:33:05

Médico-Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200

Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 03/02/2018 12:00:00

Pontuação: 424.339

405-2

Dieta: Zero

Medicamentos:

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Gefalotina 1g Po Fa Ev

D04

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRIXOL

2 Curativo da F.O

Recomendações

JEL-00 SAEINIZADO

SSW + CCGG

Dose / Intervalo / Via / Horarios

1 FA 12/12 h IV

20

9.º S

1 FA 6/6 h IV

10

10

24

06

4.º S

Ciclo / Intervalo / Horarios

1x ao dia

1x ao dia

1x ao dia

Intervalo

Horarios

MANTENDO

ROTINA

Dr. Victor Monte Tenório
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM CE 11967 TENDT 13604

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Roginaldo Trindade Gomes

DATA: 03/03/18

POSTO: 04

LEITO: 405 B

CONVÊNIO: MEC

TURNO: <u>not</u>	AC. VENOSO:
CVP ☒ Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
☒ Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %	
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo2: _____ %	
DIETA:	
☒ VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

TURNO:	AC. VENOSO:
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %	
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo2: _____ %	
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	
() Zero Para:	

Observações: As 08:40 do Paciente recebeu
do e.c.
Antônio Carlos de Souza
Fizilene de Souza
Tec. Enfermagem
Coren ce 1028.587

COMPREV SEGUROS
E BREVIDENCIA S/A
REC. 26 MAR 2018

As 18:00 h parte segue internado na sala de observação
dos da equipe de enfermagem

Assinatura e COREN: Antônia Clotilde Barbosa
COREN-CE 002.125.7

Assinatura e COREN:

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nasc: 13/04/1988 29 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 987495857
Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: 1.363.200
Prontuário: 424.339
Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução:
03/02/2018

Função:
Enfermeiro

Tipo evolução:
Evolução

Especialidade:

Usuário:
Rafael
Nogueira
Abrante

Código prof

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PO FT DE OMBRO (D) + PO DE PERNA (D) (LIMPEZA)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

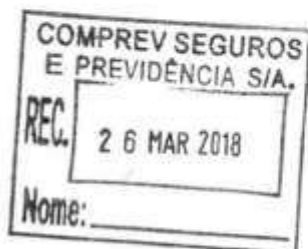
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado curativo em FO convencional
- Mantém curativo em Perna (D) integro
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
Enfermeiro

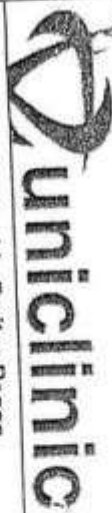
Rafael Nogueira Abrante /

Em tempo ...
Realizado procedimento de Limpeza em Perna (D) no período



Rafael Abrante
Enfermeiro

UNICLINIC
CONFIRME COM O
ORIGINAL



Uniclinic
Prescrição Eletrônica Paciente



1723415

405-2

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Atendimento: 1.363.200

Pontuação: 424.339

Data Nasco: 13/04/1988 29a 9m 21d

Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp: Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Data Presc.: 04/02/2018 12:00:00

Dieta: Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Genal (ou Lme que aceitar)

Dose / Intervalo / Via Horários D. P. E. S

Medicamentos

Cefeporo 100mg Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

D05/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

2 Curativo da F.O

Recomendações

JELCO SALINIZADO

SSVV + CCGG

elita h m h a h c

João Ricardo

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC.

26 MAR 2018

Nome:



DATA: 04102118

POSTO:

LEITO: 405-2

NAME: Rupnanda Puri

CONVÊNIO: 1556C

TURN:

AC. VENOSO:

ICVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____%

() MNBZ () Másc. Reservatónia 100% Spo²: _____%

DIET:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações: Saída de Alto Perito das 12:30 - 4/10/2011

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

26 MAR 2018

REG

~~Name~~

UNCLASSIFIED
CONFIDENTIAL
ORIGINAL

TURN0:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Disseccão

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____%

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: _____%

DIETA:

() VO	() SNE	() SNG	() GTT	() NPT
--------	---------	---------	---------	---------

() Zero Para:

Observações:

Assinatura e COREN:**Assinatura e CORENA:**



NOME DO PACIENTE:

Reginaldo Freitas Bessc

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

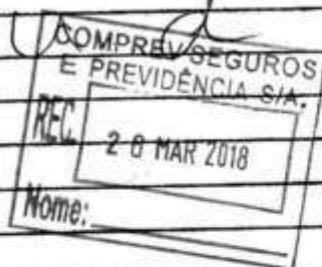
MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

26/07 paciente internado
p/ test. Lombar

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53

27/07 para exames



Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53

COPIA ORIGINAL

28/07 para o 2º
teste

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53

**Uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Rinaldo Freitas LimaData: 29/01/18Leito: 405.2Convênio: Inec

Cirurgião:

Nº Atendimento: 4.363.200

Cirurgia:

ATIVIDADE	SIM/ESPEC	NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO	
Jejum	Data: hora:				
Reserva de sangue					
Lavagem intestinal	Hora: Evac ()				
Banho pré operatório	Hora:				
Acesso venoso					
Ficha pré anestésica preenchida					
Medicação pré anestésica					
ECG					
Exames laboratoriais		✓			
Raio X/ Imagens					
Retirada de prótese dentária/ lentes					
Retirada de adornos/esmalte de unha					
Alergias	<u>nega</u>				

Encaminhado por:

Hora:

Recebido por:

Hora:

Medicamentos em uso:

Transportado em: (✓) Maca () Cadeira () Deambulando

PA: mmHg; Pulso: bpm; T: °C; SpO2: %; Dor:

0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Admissão no Centro Cirúrgico

Funcionário:

Coren:

Trans - Operatório

Sala	Circulante	Instrumentadora	Anestesia	Início	Término
() Raio X/ Imagens			() Material p/ anátomo-patológico	Discriminar:	
() Tricotomia Hora: _____ Região: _____			() Material p/ laboratório	Discriminar:	
() Hemotransusão					
() Ex. laboratoriais					
() ECG					
Cirurgia realizada:					

Posição do paciente na mesa cirúrgica:

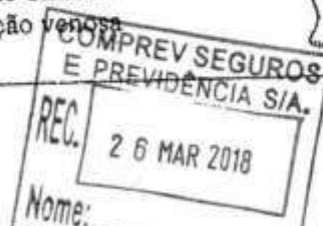
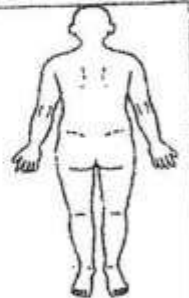
() DD () LD () LE () GINECOLÓGICA
() Outras: _____

Preparo da pele:

() Clorexidina degermante () PVPI tópico
() Clorexidina alcoólica () PVPI degermante

Legenda:

- ▲ Placa de bisturi
- Monitorização Cardíaca
- ✕ Incisão Cirúrgica
- Garrote Pneumático/ Faixa de Smarch
- ▼ Punção venosa



Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)



NOME DO PACIENTE:

Reginaldo Freitas

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO.:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

212 Aguardo cirurgia
de hipotese

030218 Tarefa de

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.066.400-53

Dr. Vítor Moreira Tencio
Clínica de Cirurgia Geral
CRM 11887
CPF: 11887.700-1

0402 Olt hipotese

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.066.400-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC.
26 MAR 2018
Nome:

Encaminhado com:			Outros:
☐ Venoclise	☐ Intubação	☐ SVD	
☐ Dreno	☐ SNG/SNE	☐ Irrigação contínua	
Informações adicionais:			
Enfermeiro: _____			Hora: _____



COMPREV SEGUROS
COMPETE COM O
ORIGINAL

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)

Encaminhado com:			
☐ Venoclise	☐ Intubação	☐ SVD	Outros:
☐ Dreno	☐ SNG/SNE	☐ Irrigação contínua	
Informações adicionais:			
Enfermeiro: _____			Data: _____ Hora: _____



Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)

Nome: Reginaldo Freitas
Leito: 405-2

Unidade / Serviço: 104
Admissão: 26/01/18

DIA	HORA	Temp. Pulso p/ min. (BPM)	RESP.	Pressão Arterial		DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
				Max.	Min.			
26/11/18	19:00	36,70	20	120x80				<i>[assinatura]</i>
27/11/18	06:00	36,85	20	120x80				<i>[assinatura]</i>
27/11/18	12:00	36,6/80	20	120 70				Francisco
27/11/18	18:00	36 180	20	120 80				Len
27/11/18	22:00	36,6 80	20	120 80				Len
28/11/18	06:00	35,6/81	20	110 70				Len
28/11/18	12:00	36 180	20	110 80				Francisco
28/11/18	18:00	36 180	20	120 80				Francisco
28/11/18	20:00	36,70	20	120x80				<i>[assinatura]</i>
29/11/18	06:00	36,85	20	120x70				<i>[assinatura]</i>
29/11/18	12:00	36 80	20	120 70				Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29/11/18	18:00	36,5 80	20	120 60				Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29/11/18	22:00	36,2 78	18	120 + 70				<i>[assinatura]</i>
30/11/18	06:00	36,2 78	18	120 + 80				<i>[assinatura]</i>
30/11/18	12:00	36 80	20	110 60				Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
30/11/18	20:00	36,49	20	120x70				<i>[assinatura]</i>
31/11/18	06:00	36,85	18	120x80				<i>[assinatura]</i>
31/11/18	12:00	36,6 80	19	120x80				<i>[assinatura]</i>
31/11/18	18:00	36,2 79	20	110x80				<i>[assinatura]</i>
31/11/18	24:00	36,5 82	19	110x70				<i>[assinatura]</i>
01/12/18	06:00	36,7 80	20	120x80				Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
01/12/18	12:00	36 80	20	120 60				<i>[assinatura]</i>
01/12/18	18:00	36,78	18	100x70				<i>[assinatura]</i>
01/12/18	20:00	36,70	20	120x80				<i>[assinatura]</i>
02/12/18	06:00	36,82	19	120x80				<i>[assinatura]</i>
02/12/18	12:00	36,4 80	20	120x80				<i>[assinatura]</i>
02/12/18	18:00	36,2 78	20	130x80				<i>[assinatura]</i>
02/12/18	24:00	36,6 80	20	120x80				<i>[assinatura]</i>
03/12/18	06:00	36,78	20	110x80				<i>[assinatura]</i>
03/12/18	08:30	36 80	20	110 70				Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
03/12/18	12:00	36,3 80	19	120x80				<i>[assinatura]</i>

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

**Uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Roginaldo Freitas LimaData: 30/01/18Leito: 405-2Convênio: IsracCirurgião: João MarceloNº Atendimento: 1.363.200

Cirurgia:

ATIVIDADE	SIM/ESPEC	NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO	
Jejum	Data: <u>30</u> hora: <u>06</u>				
Reserva de sangue		☒			
Lavagem intestinal	Hora: Evac ()	☒			
Banho pré operatório	Hora:				
Acesso venoso					
Ficha pré anestésica preenchida		☒			
Medicação pré anestésica		☒			
ECG		☒			
Exames laboratoriais					
Raio X/ Imagens	<u>Sistema</u>				
Retirada de prótese dentária/ lentes	<u>Sim</u>				
Retirada de adornos/esmalte de unha	<u>Sim</u>				
Alergias	<u>Não</u>				
Encaminhado por	Hora:	Recebido por: <u>João Marcelo</u>	Hora: <u>15:35</u>		
Medicamentos em uso:		Transportado em: () Maca () Cadeira () Deambulando			
PA: <u>110x60</u> mmHg; Pulso: <u>36</u> bpm; T: <u>36</u> °C; SpO2: <u>98</u> %; Dor: <u>0</u>					
0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável					

Admissão no Centro CirúrgicoDS 15:35 PCLT DO SPO73 kgaltura - 1m 68 cmFuncionário: João Marcelo

Coren:

Ata Cirúrgica N.º 1000
 N.º de Registro
 240355

Trans - Operatório

Sala	Circulante	Instrumentadora	Anestesia	Início	Término
() Raio X/ Imagens		() Material p/ anátomo-patológico		Discriminador	
() Tricotomia Hora: _____ Região: _____		() Material p/ laboratório		Discriminador	
() Hemotransusão					
() Ex. laboratoriais					
() ECG					
Cirurgia realizada: <u>Prat 6 m</u>					

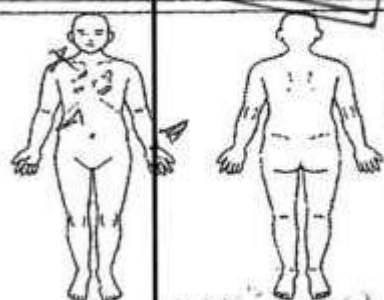
Posição do paciente na mesa cirúrgica:
 () DD () LD () LE () GINECOLÓGICA
 () Outras: _____

Preparo da pele:

(X) Clorexidina degermante () PVPI tópico
 (X) Clorexidina alcoólica () PVPI degermante

Legenda:

- ▲ Placa de bisturi
- Monitorização Cardíaca
- ✂ Incisão Cirúrgica
- Garrote Pneumático/ Faixa de Smarch
- ▼ Punção venosa

Obs Paciente orientado SK

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)

[Signature]

**uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Roginaldo Freitas BessaConvênio: ISSECNº Atendimento: 1363.200

Cirurgião:

Cirurgia:

Data: 03/02/18Leito: 405-2

ATIVIDADE

SIM/ESPEC

NÃO

NP

Data: hora:

Hora: Evac ()

Hora:

LOCALIZAÇÃO DO ACESSO



Jejum

Reserva de sangue

Lavagem intestinal

Banho pré operatório

Acesso venoso

Ficha pré anestésica preenchida

Medicação pré anestésica

ECG

Exames laboratoriais

Raio X / Imagens

Retirada de prótese dentária / lentes

Retirada de adornos / esmalte de unha

Alergias

Encaminhado por

Medicamentos em uso:

Hora:

Recebido por: Valmislani

PA: mmHg; Pulso: bpm;

0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Transportado em: () Maca () Cadeira () Deambulando

Hora: 05:59

Dor:

Admissão no Centro Cirúrgico

Os 05:59 paciente no pré-operatório

Funcionário:

Trans-Operatório

Saia 07 Circulante BerlianeInstrumentadora MuriloAnestesia Ragus

Coren:

() Raio X / Imagens

() Tricotomia Hora: Região:

() Hemotransusão

() Ex. laboratoriais

() ECG

() Material p/ anátomo-patológico

() Material p/ laboratório

Início

Discriminar:

Término

Discriminar:

Cirurgia realizada: Desbridamento perna D

Posição do paciente na mesa cirúrgica:

() DD () LD () LE () GINECOLÓGICA

() Outras:

Legenda:

▲ Placa de bisturi

● Monitorização Cardíaca

✂ Incisão Cirúrgica

■ Garrote Pneumático / Faixa de Smarch

▼ Punção venosa



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC.

26 MAR 2018

Nome:

Preparo da pele:

() Clorexidina degermante

() Clorexidina alcoólica

() PVPI tópico

() PVPI degermante

SETOR D NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC

FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL- AVALIAÇÃO INICIAL

PACIENTE: Reginaldo Inácio Bezerra SEXO: M IDADE: 29
DATA ADMISSÃO: 26/01/18 POSTO/LEITO: 4071-2 DATA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL 27/01/18
Diagnóstico: Pne - op FT de Gumbao D

A – Anamnese

1. Peso Corpóreo

- (1) Mudou nos últimos 6 meses () sim () não
(1) Continua perdendo peso atualmente () sim () não
• Total Parcial de Pontos 0

2. Dieta

- (1) Mudança de dieta () sim () não
• A mudança foi para:
(1) () dieta hipocalórica
(2) () dieta pastosa hipocalórica
(2) () dieta líquida >15 dias ou solução de infusão intravenosa >5 dias
(3) () jejum >5 dias
(2) () mudança persistente >30 dias
• Total Parcial de Pontos 02

3. Sintomas gastrointestinais (persistentes por mais de duas semanas)

- (1) () disfagia
(1) () náuseas
(1) () vômitos
(1) () diarreia
(2) () anorexia, distensão abdominal, dor abdominal
• Total Parcial dos Pontos 0

4. Capacidade funcional física (por mais de duas semanas)

- (1) () abaixo do normal
(2) () acamado
• Total Parcial de Pontos 01

5. Diagnóstico

- (1) () baixo estresse
(2) (2) moderado estresse
(3) () alto estresse
• Total Parcial de Pontos 02

B – Exame Físico

- (0) normal
(+1) leve ou moderadamente depletado
(+2) gravemente depletado
() perda de gordura subcutânea
() músculo estriado
() edema sacral
() ascite
() edema tornozelo
• Total Parcial de Pontos 0
• Somatório do Total Parcial dos Pontos 05

C – Categoria da ANSG

- Bem nutrido <17 pontos
Desnutrição moderada 17 <22 pontos
Desnutrição grave >22 pontos

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: Bem Nutrido
NUTRICIONISTA: _____

Aimée Viana Alexandri
Nutricionista
CRN-6 14151



SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC
FICHA DE ANAMNESE(CAN)

PACIENTE: Reginaldo Freitas Gomes SEXO: M
 IDADE: 24 DIAGNOSTICO: Pne - no FT de Gumbira D
 DATA AVALIAÇÃO: 27 / 01 / 18 DATA DE REAVALIAÇÃO 16 / 02 / 18
 PRESCRIÇÃO DA DIETA EM PRONTUÁRIO: geral
 PACIENTE EM ISOLAMENTO DE CONTATO () SIM (☒) NÃO

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	DATA	DIAGNOSTICO
PESO ATUAL	<u>74 kg</u>	
PESO USUAL	<u>-</u>	
PESO IDEAL	<u>62,09 kg</u>	
PESO CORRIGIDO		
ALTURA	<u>1,68 m</u>	
ESTIMATIVA DE ALTURA	<u>-</u>	
AJ – ALTURA JOELHO	<u>49 cm</u>	
IMC DESEJAVEL	<u>18,5 – 24,99</u>	
IMC ATUAL	<u>26,22</u>	<u>Sobrepeso</u>
CB	<u>32 cm</u>	
ADEQUAÇÃO DA CB%	<u>101%</u>	<u>Eutrofia</u>

DADOS BIOQUÍMICOS

DADOS BIOQUÍMICOS	DATA	DIAGNOSTICO
Hematócrito	<u>-</u>	
Hemoglobina	<u>-</u>	
Albumina	<u>-</u>	
Contagem de linfócitos	<u>-</u>	

Hábito intestinal: (☒) Diário () Até 3 dias () Mais 3 dias () Outro _____

- Consistência das fezes: (☒) Normal () Amolecidas () Duras _____

Diurese (Quantidade/Coloração): Normal

Possui alguma patologia associada? (☒) NÃO () SIM

() DM () HA () CA () Dislipidemia () Obesidade () Magreza () Outros: _____

Problema de mastigação/deglutição ? () SIM (☒) NÃO PORQUE ? _____

Intolerâncias e/ ou alergias alimentares: legh

UNICLINIC
CONFERE COMO ORIGINAL



00000000-152990031000-5 00088856880-0 00013901237-0



Uniclinic do Fluxo

Atendo que o
reterido dentro

foi operado de

fratura do ulna
veio a me hospital
e quando se deu
de fratura, a lesão
no do membro.

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 25 ABR 2018

Autenticado
em 25/04/2018
por 308.375.33

dois do flexão e
extensão

Dr. João Marcelo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.388-4/SP

20/4/18





Unidade do Fluxo

Atendo que o
reterido dentro

foi operado de

fratura do ulna
velho e met humeral
e stendo de alta
de fratura, a lute
com de mobilidade



Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

Assinado por: [Signature]
Data: 10/05/2018
Hora: 14:55:52

dois de flexão e
extensão

Dr. João Marcelo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5233
CPF 123.386.425-53

20/4/18.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA
REC. 10 MAI 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA,
RG nº 000.823.895 data de expedição 27/01/2012
Órgão SSP RN, portador do CPF nº 103.223.064-93, com
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA TALLANDIA, nº 100,
complemento AP 01, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima REGINALDO FREITAS BESSA, cujo o condutor era
REGINALDO FREITAS BESSA

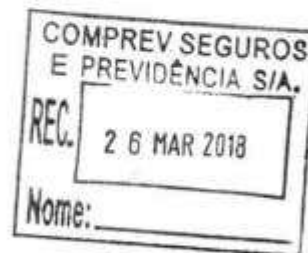
Veículo: PAS/MOTOCICLO
Modelo: HONDA/CG 125 FAN RS.
Ano: 2009/2010
Placa: NUG 9225
Chassi: 9C2JC4110AR544191
Data do Acidente: 25-01-2018
Local e Data: Fortaleza 22 de março 2018



Marcia Nascimento de Oliveira Bessa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Jaime Araújo Serviço Registral
Av. Mister Hull, 4955 - Antonio Bezerra Fone: (85) 3233-3301
Cód. (7768642458040) 2 Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) des :
=== MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA ===
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé,
Fortaleza, 21 de março de 2018.08:55:02. Em testemunho da verdade.
SONIA MARIA MATOS NAGALHAES ARAUJO (servente)
Total: R\$ 4,36. Função: _____



FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20



RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Reinaldo dos Santos Bises

vítima de acidente de trânsito, em 25/01/18, sofreu:
lesões e perfis do TIBIA lesões e
inter-malis.

luxação acromioclavicular (ou D)
clav - S 43-1

e submeteu-se a tratamento(s):

Uso de curativo do ferimento do
ombro e curativo
do TIBIA acromioclavicular D.
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, *Articulação*
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Cicatrizes no punho direito
Edema frequente, dor, fadiga
do membro dominado.
Cicatrizes no ombro no membro
clavicular direito.
Dificuldade de movimentos do
ombro, limitação no trabalho
interno e externo do membro
Dificuldade de movimentos
predominantemente
no membro de fratura

06/06/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

Dr. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME REGINALDO FREITAS BESSA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2002010115762 SSP CE	
CPF 024.438.243-30	
DATA NASCIMENTO 13/04/1988	
FILIAÇÃO VANDERLEY FREITAS BESSA ANA LUCIA DA COSTA BESSA	
PERMISSÃO AB	
ACC AB	
CAT. NAS AB	
Nº REGISTRO 04434792362	VALIDADE 24/02/2018
1ª HABILITAÇÃO 20/08/2008	
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Portador <i>Reginaldo Freitas Bessa</i>	
LOCAL NATAL, RN	DATA EMISSÃO 26/02/2013
ASSINATURA DO EMITENTE <i>[Assinatura]</i>	
46784624664 RN701702427	
DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

689846475

PROIBIDO PLASTIFICAR

689846475



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

REGINALDO FREITAS BESSA : 024.438.243-30

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF/CNPJ: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/04/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/05/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

BRASIL

Serviços Barra GovBr

*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2225261/2018

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

10/05/2018 10:52:25

*Dados do reclamante***Segurado:**

REGINALDO FREITAS BESSA

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

024.438.243-30

*Formas de contato***E-mail:**

iraneide15@hotmail.com

Celular:

(85) 98685-3187

Endereço:

rua do rosario 77

Bairro:

CENTRO

CEP:

60.055-090

Cidade:

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

VENHO POR MEIO DESTA REGISTRAR MINHA DENUNCIA A SEGURADORA LÍDER RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT, HÁ MAIS DE 1 (UM) ENVIEI TODA DOCUMENTAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO, MAS A SEGURADORA LÍDER CONTINUAR A COBRAR A DOCUMENTAÇÃO ABUSIVA NO INTUITO DE PROTETAR O RECEBIMENTO DA MINHA INDENIZAÇÃO, PEÇO QUE SEJA APURADO ESTAS EXIGÊNCIAS ABUSIVAS, POIS JÁ ME ENCONTRO DE ALTA DEFINITIVA CONFORME DOCUMENTO ANEXO.SOLICITO QUE DEEM ANDAMENTO AO MEU PROCESSO AGENDANDO MINHA PERICIA MÉDICA.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

*Documentos*

Tipo

Número

Encaminhamentos**Atendente****Data**

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

10/05/2018 10:52:25

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à

10/05/2018

Faça aqui sua Reclamação — SUSEP

Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

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: 07/06/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA **Data do acidente:** 25/01/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO, NO MOMENTO. SOLICITO AINDA APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, EXAMES DE IMAGEM, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonça

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA **Data do acidente:** 25/01/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ENCAMINHAR O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, FOLHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE, CONTROLE COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonça

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA **Data do acidente:** 25/01/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL EM CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonça

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA **Data do acidente:** 25/01/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NO OMBRO, DEFORMIDADE ACRÔMIO-CLAVICULAR E MODERADA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REPARAÇÃO DE LIGAMENTOS. SUBMETIDO A IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fernando Rabelo da Silva

CRM do médico: 3630

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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: **3180138461**

Nome do(a) Examinado(a): **REGINALDO FREITAS BESSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Tailândia, 100, ap 01 - Parque Genibaú - Fortaleza - CE - CEP 60534-670

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2002010115762**

Data e local do acidente: [**25/01/2018**] **FORTALEZA, CE.**

Data e local do exame: [**17/05/2018**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REPARAÇÃO DE LIGAMENTOS. SUBMETIDO A IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NO OMBRO, DEFORMIDADE ACRÔMIO-CLAVICULAR E MODERADA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Nº Sinistro: **3180138461**

Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Data do Acidente: **25/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180138461**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12580492



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Nº Sinistro: **3180138461**
Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Nº Sinistro: **3180138461**

Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Data do Acidente: **25/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12728970



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: REGINALDO FREITAS BESSA

Sinistro: 3180138461

Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do Acidente: 25/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180138461** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta nº: 12873107

A/C: REGINALDO FREITAS BESSA

Nº Sinistro: 3180138461
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
Data do Acidente: 25/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **REGINALDO FREITAS BESSA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000625-4**

Conta: **0000026517-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Nº Sinistro: **3180138461**

Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Data do Acidente: **25/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o crédito de indenização.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e estar regularizada, ativa.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

REC. 26 MAR 2018
Nome: Rogério Freitas Berta

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

024.438.243-30

Nome completo da vítima

Rogério Freitas Berta

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Rogério Freitas Berta</u>		CPF titular da conta <u>024.438.243-30</u>	Profissão <u>Autônomo</u>
Endereço <u>Rua Tailândia</u>		Número <u>100</u>	Complemento <u>AP01</u>
Bairro <u>Parque Genibau</u>	Cidade <u>Jordeliza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60534-70</u>
Email		Telefone (DDD)	<u>85 98749-5857</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome Bradesco NRO
AGÊNCIA NRO. 0625 D/V 4 CONTA NRO. 0026517 D/V 9
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a realizar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Aceito o reconhecimento e dou plena quitação do valor indenizado.

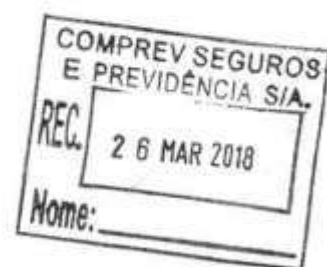
REC. 26 MAR 2018
Nome: Rogério Freitas Berta

Jordeliza, 22 de Março de 2018
Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

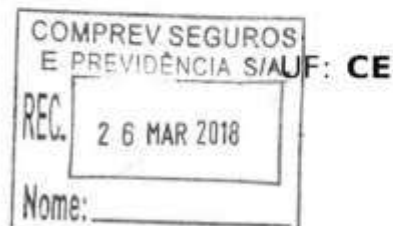
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/03/2018 11:01:46**
Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2018 06:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL JOAQUIM FRANKLIN**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. AO POSTO DE SAUDE**

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **REGINALDO FREITAS BESSA**Nascimento: **13/04/1988** CPF:RG: **308772-2-5**Orgão Emissor: **PM**Filiação: **ANA LUCIA DA COSTA BESSA****VANDERLEY FREITAS BESSA**Endereço: **RUA TAILANDIA, 100 APT.01**Bairro: **GENIBAU**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**CEP: **60.534-670**Telefone: **(85) 98749-5857****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NUO9225** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110AR544191 Renavam: **229015050** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº04434792362, CATEGORIA "AB", DETRAN/CE, QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA NUO-9225/CE, QUE TRAFEGAVA PELA RUA CORONEL JOAQUIM FRANKLIN, SENTIDO CENTRO, QUANDO O CARRO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO DA VIA, REALIZOU UM DESLOCAMENTO DA FAIXA PARA A ESQUERDA E COLIDIU NA MOTO PILOTADA PELA VITIMA, QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DA PM QUE PASSAVA NO LOCAL E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE ANTÔNIO BEZERRA. AFIRMA A VITIMA QUE O CARRO CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL. E NADA MAIS DISSE.//
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Reginaldo Freitas Bessa*



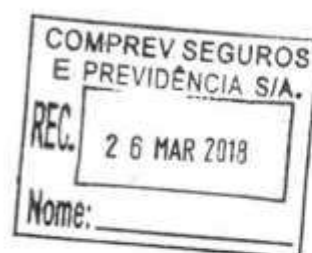
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

Reginaldo Soares Bessa

[Large handwritten signature]



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Reginaldo Freitas Beme

CPF da Vítima

024.438.243-30

Data do Acidente

23/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(21) 99653-7147

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.**

REC.

26 MAR 2018

Nome: _____

Fortalys

22 de Março

de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 155295	Nº DO BE 192442
NOME DO PACIENTE REGINALDO FREITAS BESSA		NASCIMENTO 13/04/1988 (29 ANOS)	SEXO M
CADSUS		NOME RESPONSÁVEL O MESMO	RACIA COR PARDO
NOME MÃE ANA LUCIA DA COSTA BESSA		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBAÚ		CEP 60.534-670	
CONTATO (85)99815-6935			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DA DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
QUEIXO SIC PACIENTE TEVE COLISÃO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI			
SINAIS VITAIS		SAT O2 NI%	PULSO NI
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI		
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 25/01/2018 08:00	
ÁREA DE ATENDIMENTO			
ATENDIMENTO CIRÚRGICO			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Paciente vítima de acidente de moto dia 24. VTM. Percebi ferimentos, fratura de fêmur; pulso direito; ECG 15; relatou em um outro D. Lesões com lesão em fêmur e pulmão. RX torax e outro D. - SURTIDA			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	CID
SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X		() OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
MÉDICAMENTO # Injeção de morfina			
Luz de gesso - clavícula direita			
30/06/2018			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 25/01/2018 às 08:01:15

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 2º Penal.

Dr. Rogério Aguiar Ximenes

Dr. Rogério Aguiar Ximenes
Médico
CRM: 6919

REGINALDO FREITAS BESSA

HOSPITAL DISTRITAL DE EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

- Nenhuma sutura
em ferimento de fêmur D.

Alta da unidade geral

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: 23/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO FREITAS BESSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00625-4

CONTA: 000000026517-9

Nr. Autenticação

BRDESCO2305201805000000000023700625000000026517168750 PAGO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA,
RG nº 000.823.895 data de expedição 27/01/2012
Órgão SSP RN, portador do CPF nº 103.223.064-93, com
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA TALLÂNDIA, nº 100,
complemento AP 01, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima REGINALDO FREITAS BESSA, cujo o condutor era
REGINALDO FREITAS BESSA

Veículo: PAS/MOTOCICLO
Modelo: HONDA/CG 125 FAN RS.
Ano: 2009/2010
Placa: NUG 9225
Chassi: 9C2JC4110AR544191
Data do Acidente: 25-01-2018
Local e Data: Fortaleza 22 de março 2018



Marcia Nascimento de Oliveira Bessa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Jaime Araújo Serviço Registral
Av. Mister Hull, 4955 - Antonio Bezerra Fone: (85) 3233-3301
Cód. (7768642458040) 2 Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) des :
=== MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA ===
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé,
Fortaleza, 21 de março de 2018.08:55:02. Em testemunho da verdade.
SONIA MARIA MATOS NAGALHAES ARAUJO (servente)
Total: R\$ 4,36. Função: _____

Sm

