

---

**Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200242949**

**Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS**

**Data do Acidente: 02/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), MARCELLO RIBEIRO BARROS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200242949**

**Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS**

**Data do Acidente: 02/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARCELLO RIBEIRO BARROS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200242949

Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Data do Acidente: 02/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCELLO RIBEIRO BARROS**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000758-7

Conta: 0000018306-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exceto 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 banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

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 a 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").

Nome do Sinistado ou ASI

CPF da vítima

037-746-653-03

Nome completo da vítima

moreno Ribeiro Barros

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

moreno Ribeiro Barros

CPF titular da conta

037-746-653-03

Profissão

seguro

Endereço

Rua K Lot Parque Verde

Número

334

Complemento

Cidade

Carindizinho

Cidade

Portaleza

Estado

CE

CPF

60732-43

Fone

Telefone (0800)

085198774-9995

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RENDIMENTO MENSAL

☐ 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)

☐ BRASILEIRO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

Agência

Nº

Conta

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

Bradesco

Nº

237

Agência

Nº

0758

DV

7

Conta

Nº

18306

DV

7

(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ass. em 29 de Setembro de 2018

Local e Data

**RECEBEMOS**

03 OUT 2018

Ass. Manoela Ribeiro Barros

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

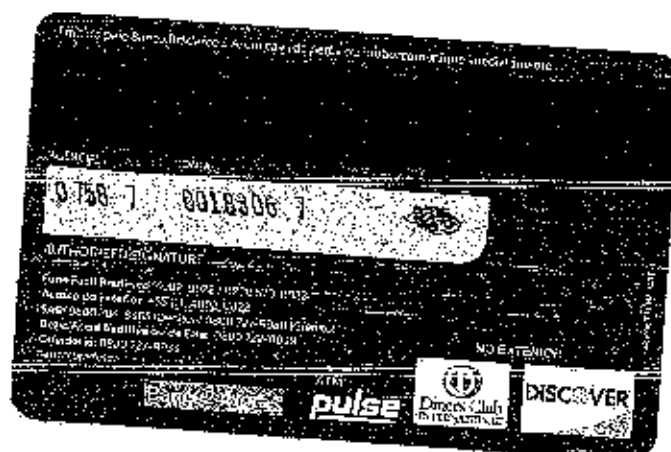
Manoela Ribeiro Barros  
Corretora de Seguros Eireli  
CPF 21.457.735/0001-08



RECEBEMOS

03/01/2018

Maria Geineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Elreli  
CNPJ: 21.487.735/0001-06

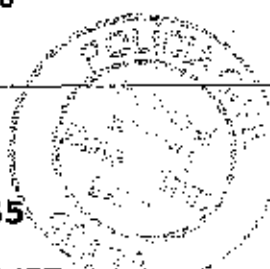




BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4074 / 2018

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **18/09/2018 08:39:39**  
Data / Hora da Ocorrência: **02/07/2018 17:40:00** ✓  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA AUDIZIO PINHEIRO, 55**  
Complemento:  
Bairro: **HENRIQUE JORGE** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **PROX A UNITEXTIL**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARCELLO RIBEIRO BARROS** RECEBEMOS  
Nascimento: **27/09/1989** CPF: **037.746.653-03**  
RG: **2002010208132** Orgão Emissor: **SSPDS** 03 OUT 2018 UF: **CE**  
Filiação: **MARIA NEUDA RIBEIRO BARROS**  
**MARCIO SOUZA BARROS**  
Endereço: **RUA K LOT PARAISO VERDE , 324** Maria Gedineide F. Nobre  
Bairro: **CANINDEZINHO** Corretora de Seguros Eireli  
Município: **FORTALEZA/CE** CNPJ: 21.487.736/0001-08  
País: **BRASIL** CEP: **60.732-443**  
Telefone: **(85) 98686-1767**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: OHJ5326 Uf: AL Município: MACEIO Chassi: 9C2JC4130DR010733 Renavam: 584223838 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 CARGO KS Ano Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: CBA CIA DE BEB E ALI S FRANCISCO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO**

## Histórico

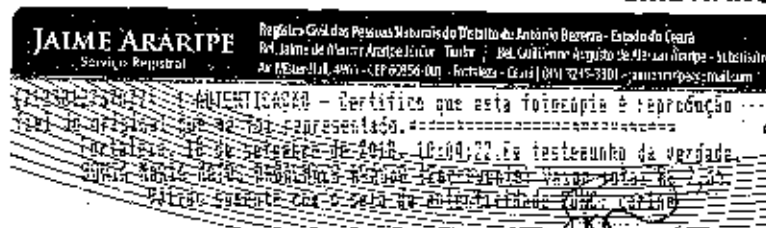
AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OHJ-5326; QUE TRAFEGAVA PELA AV. AUDIZIO PINHEIRO E ACABARA DE SAIR DO TRABALHO E ESTAVA RETORNANDO PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA, QUE AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**



Pàg. 1 de 2

Impresso em: 18/09/2018 08:53:29



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 20188023

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4074 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Marcos Roberto Barros

VISTO DO DELEGADO(A) :

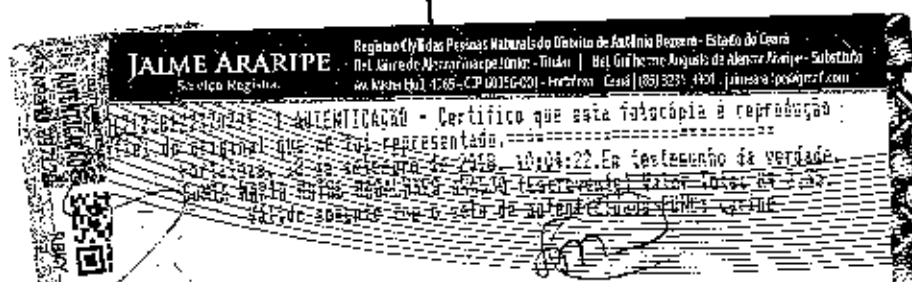
JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Geórgia F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.733/0001-02



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0500 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

marcelo Ribeiro Barros

CPF da Vítima

037.746.653-06

Data do Acidente

02.07.18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atenda 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.

**RECEBEMOS**

03 OUT 2018

Maria Geomaida F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Ercel  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Feita em 29 de Setembro de 18

Local e Data

Marcelo Ribeiro Barros

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Marcello Ribeiro Barros**, no dia **02/07/2018**, às **18h**, na **Avenida Audizio Pinheiro**, no **Bairro Henrique Jorge**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P258466/2018**.

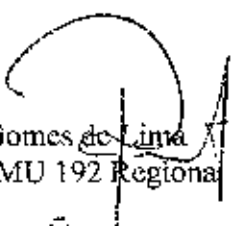
**RECEBEMOS**

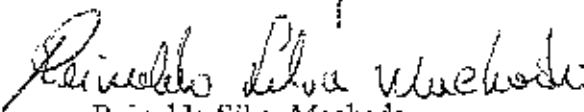
Fortaleza, 09 de julho de 2018.

03 OUT 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.733/0001-06

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Reinaldo Silva Machado  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



Vida & Imagem  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAP FORTALEZA

Nº Pedido: 26843772

Data 02/07/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento...: 27/09/1989 Sexo: M RG.: 2002010208132 SSP CE CPF.: 03774665303

Endereço...: R RUA: CURITIBA 542 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60542300 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:

FRATU TORNOZELO ESQUERDO

Exame:

TC TORNOZELO ESQUERDO

IVzRáV

5187479951

TÉCNICA: Exame realizado em projeção axial sem administração de contraste.

#### COMENTÁRIOS:

- Fratura cominutiva na região metaepifisária distal da tibia, com extensão ao maléolo medial e à face articular tibiotalar. Há desalinhamento dos fragmentos ósseos.

- Adensamento de planos adiposos do tornozelo, compatível com edema/hematoma.

#### CONCLUSÃO:

LAUDO DESCRITIVO.

\* Exame documentado em CD.

*Manuela Cardoso de Oliveira*

MANUELA CARDOSO DE OLIVEIRA - CRM 21626-BA

RECEBEMOS

03 JUL 2018

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.735/0001-06

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: 21/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: MARCELLO RIBEIRO BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00758-7

CONTA: 000000018306-7

---

Nr. Autenticação

BRADESCO210720200500000000002370075800000001830684375    PAGO

**3475311**

Para o/Barato Estabelecimento, utilize o nº de linha  
utilizada para entrar em contato conosco.

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - SÉRIE B-4** Nº 542288295

Rota 13 05250 31 110600 - 6 Data de Emissão 20/09/2018

Nome MARIA WILDEMEYA MORAES DE OLIVEIRA

End. Postal RU K LOT PARAISO VERDE 00324

CANINDEZINHO - FORTALEZA - 60732443

Medidor 14170087 Poste 1251 GS00

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 185907243-34 CGF

Nome do Responsável

**NOTAS**

Mês da Referência	Data da Apresentação	Previsão (Potência) (kW)
Set/2018	20/09/2018	12/10/2018

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legendagem para cada item.

Conjunta 01/2018 9,86 45,43

Mês DIC 0,00 F

Índice	Prestes Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

SEI 014 0001 0001 0001 0001 0001

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Letr. Atual	Letr. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
11068	11038	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
20/09/18	21/09/18	30 Dias	175	175	175	175	175	175	175

**VALOR CONSUMO DO MÊS** 135,62

MULTA MORATORIA REF 08/2018 3,12

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 12,44

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 12,50)

**VENCIMENTO** 27/09/2018

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 152,18

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Descrição	Valor (R\$)
Consumo	135,62
Multa Moratoria	3,12
Iluminação Pública	12,44
Adicional Bandeira Vermelha	10,99
<b>TOTAL</b>	<b>152,18</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
147	1,00	1,00
178	1,00	1,00
182	1,00	1,00
190	1,00	1,00
213	1,00	1,00
200	1,00	1,00
181	1,00	1,00
193	1,00	1,00
199	1,00	1,00
182	1,00	1,00
199	1,00	1,00
185	1,00	1,00

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Consumo suas sinistralidades pelo consumo de energia elétrica

Emissão (kg CO<sub>2</sub>)

Consumo (kg CO<sub>2</sub>)

Consumo (kg CO<sub>2</sub>)

**CONTAS EM ATRASO**

Exercício Anterior

2018/2019

Valor R\$

152,18

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Elétrico  
CNPJ: 21.687.735/0001-06

**DECLARAÇÃO**  
**PROPRIEDADE DE VEÍCULO – PESSOA JURÍDICA**

A empresa, **NORSA REFRIGERANTES S/A** (sucessora por incorporação da CBA INDUSTRIA E COMERCIO DE BEBIDAS E ALIMENTOS LTDA inscrita no CNPJ nº 08.965.289/0001-95), situada na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, à Av Washington Soares, nº 55, 9º andar, sala 902, Edson Queiroz, inscrita no CNPJ nº 07.196.033/0001-06, com filial em Maracanaú, Estado do Ceará, inscrita no CNPJ nº 07.196.033/0021-41, por meio desta, declara, sob as penas da Lei, a propriedade do veículo abaixo descrito na data do acidente ocorrido, cujo o condutor e vítima era o Sr. **MARCELLO RIBEIRO BARROS**, e que este compõe o quadro de empregados da empresa declarante.

<b>Veículo: MOTOCICLO</b>
<b>Modelo: HONDA/CG 125 CARGO KS</b>
<b>Ano: 2013/2013</b>
<b>Placa: OHJ5326</b>
<b>Chassi: 9C2JC4130DR010733</b>
<b>Cor: VERMELHA</b>
<b>Data do Sinistro: 02/07/2018</b>

Fortaleza, Ceará, 02 de janeiro de 2019.

**CARTORIO**  
**JEREISSATI**

**NORSA REFRIGERANTES S/A**  
Declarante

**CARTORIO**  
**JEREISSATI**

**MARCELLO RIBEIRO BARROS**  
Condutor/Vítima



**CARTÓRIO JEREISSATI – REGISTRO CIVIL DA 2ª ZONA DAS PESSOAS NATURAIS – ESTADO DO CEARÁ**  
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL - MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO  
R. Major Fausto 709 - Centro - Fortaleza/CE - CEP: 61.025-909 - TEL: (85) 3233-2153 - FAX: (85) 3233-3184 - cartorio@cartoriojereissati.com.br

Cód. (3139486640130) 70 Reconheço por SEMELHANÇA as assinaturas de **MARIO ANTONIO VERONEZI, BERNARDO JEREISSATI LEGEY**. Fortaleza, 8 de janeiro de 2019.  
Em test. da verdade. **ANNA KARINA DE OLIVEIRA MEIRELES (ESCREVENTE)** Valor Total R\$ 8,00.  
Válido somente com o selo de autenticidade.

**ESCREVENTE**  
**ANNA KARINA DE OLIVEIRA MEIRELES**

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº CM 462311  
RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº CM 462310 VDF



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAP FORTALEZA

APPedido: 25859042

Data 03/07/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento...: 27/09/1989 Sexo: M RG.: 2002010208132 SSP CE CPF.: 03774665303

Endereço...: R K 324 SIQUIRA II FORTALEZA CE 60542300

Tel.: 989615110

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) BRUNO DE BRITO BOTÊ

Queixa Principal:

FRATURA DE TORNOZELO

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - ESQUERDO

IV{aOE

5188624431

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fíbula distal com placa metálica e parafusos e em maléolo medial com parafusos metálicos.

Demais aspectos preservados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

RECEBEMOS

03 JUL 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-08



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.  
RAIOX REC TRALUMA - HAP FORTALEZA  
Nº Pedido: 26358183

Data 03/08/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento...: 27/09/1989 Sexo: M RG.: 2002010208132 SSP CE CPF.: 03774665303

Endereço...: R K 324 SIQUIRA II FORTALEZA CE 60542300

Tel.: 989615110

Convênio...: HAP/VIDA MATRIZ

Matrícula...: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) TACITO YURI MELO RA

Queixa Principal:

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - ESQUERDO

!W^7d8

5258206521

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fíbula distal com placa metálica e parafusos e em maléolo medial com parafusos metálicos.

Demais aspectos preservados.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

*Cosmo 013*

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-TM

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.457.736/0001-06



ANTONIO  
PRUDENTE

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001  
60055-540 FORTALEZA - CE

### RECEITUÁRIO MÉDICO

\* Marcello Ribeiro  
Barros  
33001287  
evf.

Médico: BRUNO DE BRITO BOTELHO

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Data do Atendimento: 10/07/2018

#### RECEITA

Novalgina 1g ----- 01 cx  
- Tomar 01 comprimido de 6/6 horas, se tiver dor.

Repouso com a perna elevada para evitar o inchaço e não pisar.

Curativo se tiver secreção.

Medicamentar o tomazolo.

Retorno para reavaliação com 15 dias.

Retorno para nova radiografia e tomografia com 30 dias.

### RECEBEMOS

03 JUL 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ: 21.487.736/0001-05

Dr. Bruno de Botelho  
Oncologia e Traumatologia  
CRM: 93201-07/1433

5520/2018

BRUNO DE BRITO BOTELHO

10/07/2018 07:17

19225-4101





ANTONIO  
PRUDENTE

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	
Nome Completo: <b>BRUNO DE BRITO BOTELHO</b>	
CRM: 9329	UF: CE
AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel. 32694001	
Cidade: FORTALEZA	UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria  
2ª Via orientação ao Paciente

**620820-443**  
**BRUNO DE BRITO BOTELHO**

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Endereço: K 324 SIQUIRA II FORTALEZA CE 60542300 Tel. 989615110

Prescrição: CEFADROXILA 500MG ----- 08 CP

- TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS (4 DIAS)

FLANCOX 500MG ----- 01 CX

- TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS (7 DIAS)

NOVALGINA 1G ----- 01 CX

- TOMAR 01 COMPRIMIDO ATÉ DE 6/6 HORAS SE TIVER DOR

REPOUSO COM A PERNA ELEVADA E NÃO PISAR.

ANDAR COM AUXÍLIO DE MULETAS APOIANDO NA PERNA DIREITA.

CURATIVO A CADA 2 DIAS, LAVAR COM SORTO FISIOLÓGICO 0.9%, CURATIVO COM GAZE + MICROPORE OU ATADURA.

RETORNO PARA REVISÃO NA EMERGÊNCIA DE TRAUMATOLOGIA COM 1 SEMANA, NA TERÇA PELA MANHÃ A PARTIR DE 7HS, 3277-4029 - RETORNAR ANTES SE FOR NECESSÁRIO. dr bruno ou dr rafael

*\*marcello Ribeiro Barros*  
*33001287*  
*ELF.*

Data : 03/07/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____	

**RECEBEMOS**

03 OUT 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.497.739/0001-02



## **ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que o (a) MARCELLO RIBEIRO BARROS encontra-se em tratamento pós-operatório por patologia de CID: S82.8 (fratura do tornozelo esquerdo), devendo ausenta-se de suas atividades por um período de noventa (90) dias para tratamento traumatológico e fisioterápico de reabilitação.

À disposição

Fortaleza, 03 de julho de 2018

**RECEBEMOS**

03 OUT 2018

Maria Geórgia F. Nobre  
Corredora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

523530-1063  
Especialista em  
Ortopedia e Traumatologia  
Dr. Bruno Roberto  
Mendes Coutinho

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

02/07/2018 19:4

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Dr. Nasc.: 27/09/1989	Atendimento: 51874709	Prontuário: 7382133
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/1	
Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1]	Nº: 24945385	02/07/2018	às 19:40
<b>ANAMNESE</b>			
Queixa Principal	FRATURA LUXACAO DO TORNÓZELO ESQUERDO REDUÇAO INCRUENTA E IMOBILIZACAO SOLICITO PRE OP		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 - CID 10 NÃO AGRUPADOS:-		[1]
CID10	S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
<b>EXAME FÍSICO</b>			
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim		[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
CID10	S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA		[1]
CID10	S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA		[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
<b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados s/ou medicação		[1]

**RECEBEMOS**

03 OUT 2018

 Maria Cecineide F. Nobre  
 Correlora de Seguros Elétr.  
 CNPJ: 21.487.738/0001-06

 CONFERE O PROTOCOLO  
 Que 3514

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

02/07/2018 19:4

<b>Paciente:</b> MARCELLO RIBEIRO BARROS	<b>Dt. Nasc.:</b> 27/09/1939	<b>Atendimento:</b> 51874759	<b>Promissário:</b> 7552193
<b>Convênio:</b> HAPVIDA MATRIZ	<b>Posto:</b> POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	<b>Leito:</b> 133223/1	
<b>Profissional(is):</b> FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1]		<b>Nº:</b> 24945385	<b>02/07/2018 às 19:40</b>
<b>ANAMNESE</b>			
<b>Queixa Principal</b>	FRATURA LUXACAO DO TORNOZELO ESQUERDO REDUÇAO INCRUENTA E IMOBILIZACAO SOLICITO PRE OP		[1]
<b>Queixa Principal</b>			
<b>Diagnóstico Inicial</b>	S9 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
<b>CID10</b>	S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA		[1]
<b>Alergias</b>	Não		[1]
<b>Medicação Em Uso</b>	Não		[1]
<b>Antecedentes Patológicos Familiar</b>	Não		[1]
<b>EXAME FÍSICO</b>			
<b>Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?</b>	Sim		[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
<b>CID10</b>	S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA		[1]
<b>CID10</b>	S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA		[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
<b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>			
<b>Alta Após Medicação E Cuidados</b>	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

**RECEBEMOS**

03 JUL 2018

 Maria Geineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.735/0001-06

 CONFERE O PROCTER 10  
Qu 3514

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

02/07/2018 23:00

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Dt. Nas.: 27/09/1989

Atendimento: 51874799 - Prontuário: 7382133

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lcto: 133227/3

Profissional(is): MARIA GECINEIDE GENESE TECNICO DE ENFERMAGEM COREN 563498/14 Nº: 24960722 02/07/2018 às 23:00

## DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	02/07/2018	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TORNOZELO ESQ.	[1]
<b>ANTES DE ENCAMINHAR AO CC</b>		
Sector De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Autorização Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	[1]
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim. MIE	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]
Exames Complementares	Sim.	[1]
Exames Radiológicos	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.	[1]
Higienização	Sim.	[1]
Higienização		
Se sim, especifique	BANHO 2h ANTES	[1]

Recebido e Análise  
Enfermeiro  
Coren-SP 827.871

RECEBEMOS

03 JUL 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

**HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE**

02/07/2018 23:11

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Dt. Nasc.: 27/09/1989	Atendimento: 51874799	Prontuário: 7382133
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/3	
Profissional(is): MARIA GECINEIDE F. NOBRE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 58929820	Nº: 24950788	02/07/2018	às 23:04

**PACIENTE**

Escolaridade	2º COMPLETO	[1]
Profissão	PROMOTOR DE VENDA	[1]
Estado Civil	CASADO	[1]
Origem Do Paciente	Emergência	[1]
Data De Admissão	02/07/2018	[1]

**PRÉ-OPERATÓRIO**

Tipo De Cirurgia	Emergência	[1]
Data Da Cirurgia	03/07/2018	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TORNOZELO ESO.	[1]
Pulseira De Identificação	MSD	[1]
Responsável Pelo Recebimento	ENF RAIMUNDO	[1]
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade	02/07/2018	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Não	[1]
Comorbidades	NEGAO	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGAO	[1]
Alergia- Descrição	NADA	[1]
Tabagista	Não	[1]
Etilista	Não	[1]
Internações Anteriores	NEGA	[1]
Cirurgias Anteriores	Não	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não	[1]
Reserva de Hemoderivados		[1]
Higienização	Sim	[1]

**RECEBEMOS**

03 JUL 2018

 Maria Cecineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Fideji  
 CNPJ: 21.487.735/0001-06

**NUTRICIONAL/METABÓLICO**

Intolerância Alimentar	Não	[1]
Conservado	Sim	[1]

**TORAX**

Inspeção	SIMETRICO	[1]
----------	-----------	-----

**ABDOMEN**

Exame Abdominal	Físico	[1]
-----------------	--------	-----

**ELIMINAÇÕES**

Intestinais	Presente	[1]
-------------	----------	-----

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

02/07/2018 23:11

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Dt. Nasc.: 27/09/1989

Atendimento: 51874799

Prontuário: 7382133

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lote: 133227/3

**SONO/REPOUSO**

Concilia Sono e Repouso

Sim.

[1]

**COGNITIVO/PERCEPTIVO**

Em Ouvir

Não.

[1]

Compreender

Não.

[1]

Memorizar

Não.

[1]

Falar

Não.

[1]

**PARTICIPAÇÃO/REDACIONAMENTO**

Histórico do Cuidado Familiar

FILHA

[1]

Carimbo P. Amigo  
Eletrocardiograma  
Coração 427.277

**RECEBEMOS**

03 OUT 2018

Maria Gacineida F. Nobre  
Correlora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.457.736/0001-03

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

03/07/2018 06:15

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Dt. Nasc.: 27/09/1986	Atendimento: 51874799	Prontuário: 7382133
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/2	

Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MACEDO CRM:15158 [1]	NP: 24954313	03/07/2018	às 06:06
---	--------------	------------	----------

**ANAMNESE**

Queixa Principal	PCT CPM FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO	[1]
	NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO DE URGENCIA	
	INTERNO PARA CIRURGIA	

**Queixa Principal**

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

CID10	S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]
-------	--	-----

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

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

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

**EXAME FÍSICO**

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
---	-----	-----

**DIAGNÓSTICO**

CID10	S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]
-------	--	-----

CID10	S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]
-------	--	-----

**CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**
**RECEBEMO.**

03 JUL 2018

 Maria Geórgia F. N.  
Corretora de Seguros E  
CNPJ:21.487.738/0001.

CONFIRMAÇÃO

 3519  
Assinatura



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/07/2018 1

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS Dt. Nasc.: 27/09/1989 Atendimento: 51886244 Prontuário: 7382133  
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/5

Profissional(is): BRUNO DEBERTO HOEDELHO MEDICO ORTOPEDIA Nº: 24963068 03/07/2018 às 10:34

<b>DADOS DO PACIENTE</b>	
Nome	MARCELLO RIBEIRO BARROS [1]
Sexo	MASCULINO [1]
Idade	28 A 9 M [1]
Data De Nascimento	27/09/1989 [1]
Nº Atendimento	51886244 [1]
<b>DADOS DO PACIENTE</b>	
<b>MOTIVOS DA INTERNAÇÃO</b>	
CID10 Primário	S020 FRAT DE OUTR PARTE DA PERNA [1]
<b>COMORBIDADES</b>	
<b>GRAU DE INDEPENDÊNCIA</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS</b>	
<b>OBJETIVOS TERAPÊUTICOS</b>	
Principal	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO TORNÓZELO CUM PLACA E PARAFUSOS [1]
<b>OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES</b>	
<b>ALTA HOSPITALAR</b>	
Total De Dias	3 Dias [1]

03/07/2018  
Dr. Bruno Debert  
Ortopedia & Traumatologia

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.738/0001-06

N

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 03/07/2018 10:38

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Dt. Nasc.: 27/09/1989	Atendimento: 51886244
Convênio: APVITA MATRIZ	Nº Prescrição: 17657757	05/07/2018 às 10:35
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/5	Prontuário: 7342133
		Peso: 80.00 kg
1. DIETA GERAL - ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-9329
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	20.83 ml/Kcal/dia	200 ml
3. CEFALOXINA SODICA (1.00g) (DIL)	1g	1 FRAP (C/1GR)
Agua Destilada	12 ml	EV
4. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (C/100MG)
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml	EV
5. FLAMIST (3.00mg/ml)	10 mg	3 ML (AMPL C/10MG)
Agua Destilada	14 ml	EV
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml	EV
7. DIFENIDOL (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)
Agua Destilada	18 ml	EV
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVITO	SN	CRM-9329
9. PUNÇÃO C/ JELCO	SN	CRM-9329
10. SINAIS VITAIS		CRM-9329
11. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA		CRM-9329
12. COMPRESSÃO COM ÉTER	SN	CRM-9329

Profissionais: CRM-9329 BRUNO DE BRITO BOTELO

Dr. Bruno Botelho  
CRM-9329

RECEBEMOS

03 JUL 2018

Maria Geckelke F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Erel  
CNPJ 21.487.735/0001-05

Dr. Bruno Botelho  
CRM-9329

RP1541

BRUNO DE BRITO BOTELO 07/2018 10:38

192.854.101

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

03/07/2018 10:44

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Id. Nasr.: 27/09/1989	Atendimento: 51886244	Prontuario: 1382133
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/5	
Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MEDICO, CRM 93229 [1]	Nº: 24963471	03/07/2018	às 10:41
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
Diagnóstico Clínico	S828		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S828		[1]
<b>DADOS DA CIRURGIA</b>			
Data Da Cirurgia	03/07/2018		[1]
Hora Da Cirurgia	10:41		[1]
Cirurgia	trat. cir. fratura do tornozelo anexo osso reparo ligamentar		[1]
Cirurgião	Dr Bruno Botelho		[1]
1º Auxiliar	Dr Rafael Bazarri		[1]
Anestesiista	Dr Roney Bevilacqua		[1]
Descrição Cirúrgica	Decúbito dorsal Assepsia e antissepsia Acesso lateral a fíbula distal Divulsão por planos Redução dos fragmentos Estabilização com placas e parafusos Acesso ao maléolo tibial Divulsão por planos Redução dos fragmentos Estabilização com parafusos interfragmentários Controle radiográfico Enfermo osso Reparo ligamentar da sindeesmose Hemostase e limpeza Sutura por planos Curativo estéril Imobilização		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30728126 30728142 30732026		[1]

8036-30-0000  
Sistema de Registro de Procedimentos  
Cirurgia 10

**RECEBEMOS**

D 3 JUL 2018

Maria Cecinêde F. Nobre  
Corretora da Seguros Elrei  
CNPJ: 21.437.739/0001-09

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/07/2018 10:59

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Dt. Nasc.: 09/09/1989	Atendimento: 51886244	Prontuário: 7382133
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/5	
Profissional(is): ANTONIA TAMIRES DE FREITAS SILVA ENFERMEIRA COREN 641150 [1] Nº: 24964196 03/07/2018 às 10:53 ANTONIA TAMIRES DE FREITAS SILVA COREN 641150 [2]			

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	03/07/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	10:54	[1]
Cirurgia	TTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQ.	[1]
Equipe Cirúrgica	DR BRUNO BOTELHO DR RONEY TAMIRES, SORAIA E NONATA	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[2]
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
Confirmar Identidade Do Paciente	SIM.	[2]
Prontuário Ativo	SIM.	[2]
Opme Checado	SIM.	[2]
Checkagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[2]
Checkagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ml/Adulto - 7 ml/Kg Criança)	NÃO.	[2]
Via Aérea Difícil / Risco De Asplração	NÃO.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[2]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Membros da Equipe Cirúrgica	Sim.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.	[2]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checkagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	SIM.	[2]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checkou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO		
Orientação De Posicionamento De Membros	SIM.	[2]
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[2]
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais	SIM.	[2]

RECEBEMOS

03 JUL 2018

 Maria Gecineide F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Fidei  
CNPJ: 21.487.738/0001-06

 Dr. Bruno Botelho  
Cirurgião de Traumatologia  
CRM-CE 9329

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

03/07/2018 10:5

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Dt. Nasc.: 27/09/1989

Atendimento: 51886244

Prontuário: 7382133

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

 Profissional(is): ANTONIA TAMIRIS DE FREITAS SILVA ENFERMEIRA COREN 84115011 Nº: 24964196 03/07/2018 às 10:53  
 ANTONIA TAMIRIS DE FREITAS SILVA COREN 84115012

**DADOS DA ADMISSÃO**

Data Da Cirurgia	03/07/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	10:54	[1]
Cirurgia	TTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQ	[1]
Equipe Cirúrgica	DR BRUNO BOTELHO DR RONEY TAMIRIS, SORAIA E NONATA	[1]

**ANTES DE ENCAMINHAR AO CC**

Termo De Consentimento Esclarecido E Consentido Anestesia	SIM	[2]
---	-----	-----

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

Confirmar Identidade Do Paciente	SIM	[2]
Prontuário Ativo	SIM	[2]
Opine Checado	SIM	[2]
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO	[2]
Checação Completa Das Medicções Anestésicas	SIM	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	NÃO	[2]
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	NÃO	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO	[2]

**ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA**

Membros da Equipe Cirúrgica	SIM	[2]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda	[2]
Paciente Certo	SIM	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM	[2]

**ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS**

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM	[2]
Checação Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	SIM	[2]
Antibiótioprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM	[2]
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	SIM	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM	[2]

**AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Orientação De Posicionamento De Membros	SIM	[2]
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM	[2]
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais	SIM	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/07/2018 10:59

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Dt. Nasc.: 27/09/1989

Atendimento: 51886244

Prontuário: 7302133

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura

Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A NÃO.  
Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou  
Anatomia Patológica

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico SIM.  
Cirurgião

[2]

Mantém Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus NÃO.

[2]

Orientação Na Cuidados Com Breves E Sondas NÃO.

[2]

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

03/07/2018

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Id. Nasc.: 27/09/1939	Atendimento: 51886244	Prontuário: 7382133
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/5	

**Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura**

Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	NÃO.	[2]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[2]
Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	NÃO.	[2]
Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas	NÃO.	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/07/2018 11:16

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Dt. Nasc: 27/09/1989	Atendimento: 51886244	Prontuário: 7382133
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/5	
Profissional(is): ANTONIA TAMIRES DE FREITAS SILVA - ENFERMEIRO(A) COREN 641150 (1) Nº: 24964861 03/07/2018 às 11:06 ANTONIA TAMIRES DE FREITAS SILVA COREN 641150 (2)			
<b>PRÉ-OPERATÓRIO</b>			
Procedimento Cirúrgico Proposto	TTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO DIREITO		(1)
Pulseira De Identificação	MSD:		(1)
Nome, dosagem, frequência	NÃO		(1)
Alergia- Descrição	NÃO		(1)
<b>CONFORTO</b>			
<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>			
Responsável Pelo Recebimento	LEILANE		(1)
Hora	10H30		(1)
Sala	02 CC		(1)
Condições Da Pele ao início da cirurgia	EDEMACTADA		(1)
Início Da Anestesia	I 10H30 P: 12h		(1)
Início Da Cirurgia	I 1050 P: 11h 50		(1)
Instrumentador	SORAIA E NONATA		(1)
Circulante	TAMIRES		(1)
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL		(1)
Quantidade De Compressas Utilizadas No início	20 UD		(1)
Quantidade De Compressas Utilizadas No Término	20 UD	Encaminhado P/ SRPA	(1)
Medicações/hora	KEFAZOL	ao 12h 30	(1)
Exames De Imagem	Sim		(1)
Clorhexedine Alcoólico	Sim		(1)
Clorhexedine Degermante	Sim		(1)
Álcool	Sim		(1)
Éter	Sim		(1)
Material	Sim		(1)
Fornecedor	ORTOGENESE		(1)
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	SUTURA E CURATIVO		(1)
Grau De Contaminação	LIMPA		(1)
Encaminhamento Do Paciente	SRPA		(1)
<b>SINAIS VITAIS</b>			
Pulso	93 bpm		(1)
PA	126X80		(1)
FC	86 bpm		(1)



**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**

03/07/2018 11:18

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Dt. Nasc.: 27/09/1989

Atendimento: 51886244

Prontuário: 7382133

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

FR	12 mpm	[1]
<b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>		
Set O2	98 %	[1]
<b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>		
Data	03/07/2018	[1]
Hora	11h	[1]
<b>OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS</b>		
Observação	=> PACIENTE ADMITIDO NO CC PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO FRATURA TORNOZELO ESQUERDO, => COM DR BRUNO BOTELHO (CIRURGIÃO) => NÃO HIPERTENSO, NÃO DIABETICO E ESTA DE JEJUM => PACIENTE VINDO DA EMERGÊNCIA DE MACA. => SUBMETIDO ANESTESIA RAQUÍE E SEDAÇÃO => POR DR RONEY => PROCEDIMENTO REALIZADO COM SUCESSO. => APOS PROCEDIMENTO PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA COM AVP E CURATIVO COMPRESSIVO => SEGUE SOB OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM. => REALIZADO RX PÉ ANTERIOR EM SALA.	[1]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	TORNOZELO ESQ	[2]
Punções Venosas	MSD	[2]
<b>PÓS-OPERATÓRIO</b>		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/07/2011

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

**Dt. Nasc.:** 27/09/1989

Atendimento: 51886244

**Prontuário: 7382133**

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1A

Lotto: 1000/2

Profissional(is): MARIA CLEDINA PINHEIRO MARTINS ENFERMEIRO(A) COREN 267211 Nº: 24992500 03/07/2018 às 23:11

#### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### Evolução de enfermagem

CLIENTE M.R.B.ADMITIDO NESTE SETOR PROVENIENTE DA RPA NO  
POSSUI FRATURA DE TORNOZELO, EVOLUI CONSCIENTE,  
ORIENTADO, VERBALIZANDO AS NHBS, ACEITANDO BEM A DIETA,  
DIURESE PRESENTE, AVP NO MSD PARA HV, SEGUE EM OSS DE  
ENFERMAGEM.

## PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

## Acesso Periférico

Sim.

*(Faint handwritten notes at bottom right)*

# NOTA DE SALA

4457313

Atendimento:	51886244	Prontuário:	7382133	MARCELLO RIBEIRO BARROS	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	80728126	FRATURAS E/OU LUXACOES A NIVEL DO TORNZELO	Tipo Anestesia:	RAQUE	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 05	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	1000
Equipe Médica:	CIRURGIAO	903400	BRUNO DE BRITO SOTELHO	CRM	8329
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	734403	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	CRM	8260
	ANESTESISTA	86422738	RONNEY BEVILAQUA DE AZEVEDO	CRM	12257
	CIRCULANTE	3113078	ANTONIA TAMIRES DE FREITAS SILVA	COREN	641150
	INSTRUMENTADORA	3113094	SORAIA VENTURA DE LIMA	COREN	983958

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
<b>Materiais Médico-Hospitalares</b>			<b>Medicamentos</b>		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	34280	AGUA DESLADA 10 ML AMPL 10 ML	1
31373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	36161	ATROPINA 0,25 MG AMPL 1 ML	4
84948	AGULHA DESC. DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	36817	DECAORON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
27856	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	5	124102	DIMORE 0,2MG/ML (1ML) AMPL 1 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	99885	DOLANTINA AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	40037	DORMOND 15 MG AMPL 3 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48874	IRUXOL BSN 30 CR	10
51063	ALGODAO HIPOFILO - 500 GR	80	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
86752	ARRUELA P/ PARAFUSO - 1 UD	1	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	2
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	5	442870	OMEPRAZOL 40MG FRAP 1 UD	1
352352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,33X1,60 - 1 UD	1	420106	ONLIANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
30153	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	43290	RINGER CITRATO 500ML TUBO 500 ML	4
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	86447	SOLU-CORTEF 500 MG FRAP 1 UD	1
136968	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	43738	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML	5
152712	CLOREXEDINA DEREGEMANZE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	443303	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	2
159880	COMPRESSA OPERATORIA 25X20 ESTERIL, C/5 UN - 1 UD	1	43739	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	5
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	45350	KYLOCAINA 51AD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
50997	ESPARADRAPO TURO 450 CM	100			
31771	ETER FRAS 1000 ML	50			
130623	EXTENSOR 40CM CR VIAS - 1 UD	1			
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
31984	FO J&J MONONYLON (11711) - ETHILON*BLACK3-0 - 1 UD	2			
361606	FO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4 - ENV 1 UD	3			
165563	FO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3			
50957	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
30635	LAVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
30661	LAVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30660	LAVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30678	LAVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	2			
50622	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/FRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	200			
27340	PARAFUSO CORTICAL 4,5MM - 1 UD	7			
27383	PARAFUSO ESPONJOSO 4,5MM - 1 UD	3			
140448	PLACA 1/3 TUBULAR CINCLID - 1 UD	1			
50049	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
80848	SERINGA DESCARTAVEL 0,3 ML SERI 3 ML	2			
80856	SERINGA DESCARTAVEL 0,5 ML SERI 5 ML	2			
80864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	4			
80872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
50681	TERCEIRA 6x6 UNDS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			





**ANTONIO PRUDENTE**

## TRANSFERENCIA ENTRE UNIDADES

Paciente: Manuel R. Barrios Edad: 92 Atendimiento: 5/15/2019  
 Edad: 28 Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino Ocasión: 03/07/2019  
 Consulta: ☒ Primaria ☐ Otras. Especialista: \_\_\_\_\_

1. Motivo de internação na Unidade: trauma

2. Médico assistente: Dr. Roberto

3. Dispositivos em Uso

☒ Não ☐ Sim (Especificar):

☐ Manguito ☐ Sonda ☐ Sonda de GTT ☐ Cateter de Drai

☐ Sonda de Intubação ☐ Ventilação Mecânica

☐ Outros:

4. Integralidade da Pele

☒ Inteira ☐ Úlcera por Pressão (Especificar):

Local: Glúteo Glúteo

5. Alergia

☒ Não ☐ Sim Medicamento:

6. Medicamento de risco em uso

☒ Não ☐ Sim (Especificar):

☐ Anticoagulante ☐ Insulina

☐ Químicos (ex: morfina, teofilina, heparina, codeína)

☐ Sedativos (ex: barbitúricos, benzodiazepínicos)

7. Necessidade de Isolamento

☒ Não ☐ Sim Tipo: ☐ Contato ☐ Respiratório

8. Pendência de autorização, parecer ou exame

☒ Não ☐ Sim Especificar:

9. Objetos do paciente

☒ Não ☐ Sim Especificar:

Responsável da unidade de origem (Assinatura e rubrica):

Raimundo P. Araújo

Data e Hora: Coroa 08/27/277

Responsável da unidade de destino (Assinatura e rubrica):

Data e Hora:

Observações: Intubado em pendência de



ANTONIO  
PRUDENTE

## TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Paciente: Marcelo R. Barreto Idade: 28 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data: 03/07/2019  
Convênio: ☒ Particular ☐ Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

1. Motivo de transferência para Unidade: <u>Tratamento</u>	
2. Médico Assistente: <u>Neurologista</u>	
3. Dispositivos em uso	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Especificar: _____)
<input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Sonda de jejuno <input type="checkbox"/> Sonda de bexiga <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Sonda de drenagem <input type="checkbox"/> Sonda de drenagem <input type="checkbox"/> Sonda de drenagem <input type="checkbox"/> Sonda de drenagem	
4. Integridade da Pele	
<input checked="" type="checkbox"/> Inteira <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão (Especificar: _____) <input type="checkbox"/> Curativo Local: _____ Tipo: _____	
5. Alergia	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Medicamento: _____	
6. Medicamento de risco em uso	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Especificar: _____) <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Correlatos (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína) <input type="checkbox"/> Sedativos (ex: clonazepam, lorazepam)	
7. Necessidade de isolamento	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Respiratório	
8. Pendência de autorização, parecer ou exame	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / Especificar: _____	
9. Objetos do paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____	
Responsável da unidade de origem (Assinatura e rubrica): <u>Valdir P. Araújo</u>	
Data e Hora: _____	
Responsável da unidade de destino (Assinatura e rubrica): _____	
Data e Hora: _____	
Observações: <u>Tratamento em pendência de</u>	



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO**  
**DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**32034114**

**!W&L1**

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

II

01/08/2018 13:48:54

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7382133	MARCELLO RIBEIRO BARROS	M	27/09/1988	28
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2602940299432 SSP CE	8774665103		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R K,324 - SIQUIRA II, FORTALEZA(CE) CEP 60542300				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Atendimento		
989615149		SOMOS		

**DADOS DO CONVENIO**

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CIUTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
17742009471000018		

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
10/07/2018	07:12		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

ASSINATURA

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

CONFECAR O PRONTUÁRIO

Assinatura

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Dt. Nasc.: 27/09/1989	Atendimento: 51886244	Prontuário: 7382133
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 17885387	03/07/2018 às 23:17	
Posto: POSTO 1A	Leito: 1000/2		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

**1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA**

Relacionado a: TRATAMENTO

DOR

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	04/07 Manhã	04/07 Tarde	04/07 Noite
MANTER LEITO EM POSIÇÃO ADEQUADA/ GRADES LATERAIS LEVANTADAS	04/07 Manhã	04/07 Tarde	04/07 Noite

**2 - CONFORTO PREJUDICADO**

Relacionado a: DOR

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	04/07 Manhã	04/07 Tarde	04/07 Noite
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	04/07 Manhã	04/07 Tarde	04/07 Noite

Ma. Cláudia Martins  
Enfermeira  
COREN - 42672



Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS	Dt. Nasc.: 27/09/1989	Atendimento: 51886244	Prontuário: 7382133
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 17665389	03/07/2018 às 23:18	
Posto: PÓSIO 1A	Leito: 1000/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: MARIA CLEDINA RIBEIRO MARTINS COREN 42672			
<b>1 - OBSERVAR</b>			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	04/07 Manhã	04/07 Tarde	04/07 Noite
Nível de Consciência	04/07 Manhã	04/07 Tarde	04/07 Noite
<b>6 - SUPERVISIONAR</b>			
ACEITAÇÃO DA DIETA	04/07 Manhã	04/07 Tarde	04/07 Noite
<b>8 - COMUNICAR</b>			
INTERCORRÊNCIAS	04/07 Manhã	04/07 Tarde	04/07 Noite

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Maria Cledina Ribeiro Martins  
Enfermeira  
COREN - 42672

REPUBLICA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE REVENUE E FINANÇAS  
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO  
MARCELLO RIBEIRO BARROS

CPF: 037.746.653-03  
DATA NASCIMENTO: 27/09/1989

NOME: MARCIO SOUZA BARROS  
MATERIA: MARIA HELOISA RIBEIRO BARROS

ENDEREÇO: [illegible]  
Cidade: [illegible] Estado: [illegible]  
CEP: [illegible]

DATA DE EMISSÃO: 11/03/2016

1284575775

1284575775

1284575775

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06

Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
037.746.653-03

Nome  
MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento  
27/09/1989

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Eireli  
167.736/2007-08

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETALHE AL		Nº 013566473626	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	DATA	EXERCÍCIO
01	00584229838		2018
NOME			
CSA CIA DE BEB E ALI S FRANCISCO			
CNPJ			
00965289000195		CHJ5326	
PLACA ANTICIPA		GRATIS	
NOVO AM	9C2JC4130B010733		
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
CAR/MOTOCICLO/VEHICULO		GASOLINA	
HONDA/CG 125 CARGO K8		2013 2019	
DAB. POT / OIL		CATEGORIA	
1F/ 0,157/124CCPARTIC		VERMELHA	
CODA UNICA		VEIC. CODA UNICA	
1 FARGO EM		1 **/ **/ **	
2 FARGO EM		2 **/ **/ **	
3 FARGO EM		3 **/ **/ **	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
80,65		185,50	
DATA PAGAMENTO		28/02/18	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOCTINIO			
NACIONAL - AL 01			
DATA 01/03/2018			
ACUSA			
CARLOS CARLOS BOMBAK			
PRESIDENTE			

SEGURANÇA OBRIGATORIA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT		
AL Nº 013566473626 BILHETE DE SEGURO DPVAT		
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		
WWW.SEGURADORA.LIDERS.COM.BR		
SAC DPVAT 0800 022 1204		
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2018	01/03/2018	
CNPJ	CPF/CNPJ	PLACA
01	00965289000195	CHJ5326
RENAVAM	MARCA/MODELO	
00584229838	HONDA/CG 125 CARGO K8	
ANO FÉ	SAZÃO	AT. FASE
2013	9	9C2JC4130B010733
PRÊMIO TARIFÁRIO		
PREMIO (R\$)	DEBITO (R\$)	CUMULO DE SEGUROS (R\$)
80,65	9,03	90,68
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO SEGURO (R\$)
4,15	0,70	185,50
PAGAMENTO		DATA DE QUITACAO
<input checked="" type="checkbox"/> COM ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	28/02/18
SEGURADORA LIDER DPVAT		
UNPA 03.212.000001-1		

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200242949 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELLO RIBEIRO BARROS **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE(PLACA E PARAFUSOS)(P.3,5,8)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @5

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200242949 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELLO RIBEIRO BARROS **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE(PLACA E PARAFUSOS)(P.3,5,8)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @ (5) CONFORME DOCUMENTO MÉDICO( PÁGINA 5), COM DATA DE 25/09/2018 EMITIDA PELO DR. BRUNO BRITO BOTELHO CRM/CE 9329 DO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE, INFORMANDO EVOLUÇÃO SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS E ALTA MÉDICA.  
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363564/18

**Número do Sinistro:** 3180463819

**Vítima:** MARCELLO RIBEIRO BARROS

**CPF:** 037.746.653-03

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCELLO RIBEIRO BARROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/02/2019  
Nome: MARCELLO RIBEIRO BARROS  
CPF: 037.746.653-03

MARCELLO RIBEIRO BARROS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190239/20

**Vítima:** MARCELLO RIBEIRO BARROS

**CPF:** 037.746.653-03

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/07/2018

**Titular do CPF:** MARCELLO RIBEIRO BARROS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARCELLO RIBEIRO BARROS : 037.746.653-03**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2020  
Nome: MARCELLO RIBEIRO BARROS  
CPF: 037.746.653-03

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

MARCELLO RIBEIRO BARROS

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA