

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000029680013-3

Nr. da Autenticação 7F2C012ECB4F00BC



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

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200329832

Vítima: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

Data do Acidente: 18/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200329832

Vítima: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

Data do Acidente: 18/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000029680013-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

613.736.213-20

Francisco Arnaldo do Nascimento Feneira

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

5 - Nome completo: Francisco Arnaldo do Nascimento Feneira 6 - CPF: 613.736.213-20
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua - Francisco Almeida 9 - Número: 951 10 - Complemento:
11 - Bairro: Parque Santa Rosa 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60762-845
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85-98513.3167

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Alu Pagamentos S.A.
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 29680013 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 15 de Setembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/09/2020 09:32:25**
Data / Hora da Ocorrência: **18/12/2019 10:00:26**
Endereço da Ocorrência: **AV DOM ALMEIDA LUSTOSA, JUREMA - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **COMPRE MAX SUPERMERCADOS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA**
Nascimento: **01/08/1977** CPF:
RG: **93019011610** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA**
FRANCISCO JUSTINO FERREIRA
Endereço: **RUA FRANCISCO ALMEIDA, 951**
Bairro: **PARQUE PRESIDENTE VARGAS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa a vítima que trafegava na sua moto Honda/NX 400I Falcon de Placa OSR-6580 Fortaleza_CE, quando de súbito um Toyota Corola Prata de placas não anotadas colidiu com sua moto vindo a cair ao solo e ficando lesionado na sua perna esquerda machucando seu pé e tornozelo. E nada mais disse.//////////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

AMARILDO CÉLIO BARBOSA TERCEIRO - MAT.: 106184-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

PATRICIA PEREIRA GONÇALVES - MAT.: 30119584

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

613.736.213-20

Francisco Arnaldo do Nascimento Feneira

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

5 - Nome completo: Francisco Arnaldo do Nascimento Feneira 6 - CPF: 613.736.213-20
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua - Francisco Almeida 9 - Número: 951 10 - Complemento:
11 - Bairro: Parque Santa Rosa 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60762-845
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85-98513.3167

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Alu Pagamentos S.A.
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 29680013 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 15 de Setembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

11/03/2020 11:43

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64244237 Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA Leito: 824213/1
Profissional(is): JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR CRM 11585 [1] Nº: 48379789 18/12/2019 às 11:41

ANAMNESE

Queixa Principal	TRAUMA NO PÉ E TORNOZELO ESQ. ESCORIAÇÕES NA MÃO ESQ E JOELHO ESQ SEM ALTERAÇÕES OSTEOARTICULARES. NEGA ALERGIAS. REFERE QUEDA DE MOTO.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11 535

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Samuel Gomes
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

11/03/2020 11:43

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64244237 Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA Leito: 824213/1
Profissional(is): JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR CRM 11585 [1] Nº: 48381257 18/12/2019 às 12:12

ANAMNESE

Queixa Principal

TRAUMA NO PÉ E TORNOZELO ESQ. ESCORIAÇÕES NA MÃO ESQ E JOELHO ESQ SEM ALTERAÇÕES OSTEOARTICULARES. NEGA ALERGIAS. REFERE QUEDA DE MOTO. RX TORNOZELO ESQ FRATURA DO MALEOLO LATERAL CIRURGICA.

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

S826 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

Comorbidades

Não

[1]

DIAGNOSTICO

S826 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO

[1]

CID10

S826 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO


[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11 585

CONFERE O PRONTUÁRIO

Samuel Góes
Assinatura



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2. Nº 41142610

1. Registro ANS

ANS nº 368253

3 - Data de Registração

18.12.19

5 - Data de Validade da Sessão

6 - Data de Emissão da Guia

7 - Número da Carteira

5775900032000

8 - Plano

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Francisco Manoel do Nascimento Feres

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 - Nome do Contratado

14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO S

20 - Código na Operadora / CNPJ

21 - Nome do Prestador

22 - Caracter da Internação

C - E - Eletiva U - Urgência / Emergência

23 - Tipo de Internação

2 - Clínica 3 - Cirúrgica 4 - Obstétrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

25 - Outras Datas Solicitadas

26 - Domicílio

Francisco do Torquedo

27 - Tipo de Doença

28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

29 - Indicação de Acidente

30 - CID 10 Principal

31 - CID 10 (2)

32 - CID 10 (3)

33 - CID 10 (4)

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento

36 - Descrição

37 - QM - Solt. 38 - QM - Aut.

39 - Tabela

40 - Código do QPM

41 - Prescrição do QPM

42 - QM

43 - Fabricante

44 - Valor Unitário - R\$

45 - Data Prover de Admissão Hospitalar

46 - Data Outras Autorizações

47 - Tipo de Acomodação Autorizada

48 - Código na Operadora / CNPJ

49 - Nome do Prestador Autorizado

50 - Código CNES

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*)

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

55 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

56 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*)

57 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

58 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

59 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*)

60 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

(*) Autorizo aos prestadores dos serviços anexar à fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação cópias do prontuário médico bem como quaisquer outros documentos, com fins de possibilitar análise pelo setor médico da Hapvida

18/12/2019 12:23

18/12/2019	18/12/2019	28011368	TRANSAMINASE OXALACE	1	0.00
18/12/2019	18/12/2019	28011376	TRANSAMINASE PIRUVIC	1	0.00
18/12/2019	18/12/2019	28040139	COAGULOGRAMA COMPLET	1	0.00
18/12/2019	18/12/2019	28040481	HEMOGRAMA COMPLETO (1	0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Serie

1 - 18/12/2019

3 - 18/12/2019

5 - 18/12/2019

7 - 18/12/2019

9 - 18/12/2019

2 - 18/12/2019

4 - 18/12/2019

6 - 18/12/2019

8 - 18/12/2019

10 - 18/12/2019

64 - Observacao

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAC?ES DE MEU ATENDIMENTO

Assinatura e rubrica do Representante

65 - Total Procedimentos - R\$

66 - Total Taxas e Alugueis - R\$

67 - Total Materiais - R\$

68 - Total Medicamentos - R\$

69 - Total Diarias - R\$

70 - Total Gases Medicinais - R\$

71 - Total Geral da Guia - R\$

86 - Data e Assinatura do Solicitante

87 - Data e Assinatura do Responsavel pela Autorizacao

88 - Data e Assinatura do Beneficiario ou Responsavel

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

18/12/2019

18/12/2019

18/12/2019

18/12/2019

Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11586

MM GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 43957789

1 - Registro Ans
ANS nº 0

3 - Nº Guia Principal
43957789

Prioridade
PRIORIDADE ALTA

4 - Data da Autorizacao

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Data de Emissao da Guia
18/12/2019

DADOS DO BENEFICIARIO

8 - Numero da Carteira
5775900057200044

9 - Plano
PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI

10 - Validade da Carteira

11 - Nome
FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

12 - Numero do Cartao Nacional de Saude

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Codigo na Operadora/CNPJ/CPF
12361267008410

14 - Nome do Contratado
ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

15 - Codigo CNES
2372207

16 - Nome do Profissional Solicitante
JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR

17 - Conselho Profissional
CRM

18 - Numero no Conselho
11585

19 - UF
CE

20 - Codigo CBO S

DADOS DA SOLICITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitac?o
18/12/2019 11:40

22 - Carater da Solicitacao
U E - Eletiva U - Urgencia/Emergenci

23 - CID 10
S909

24 - Indicao Clinica
TRAUM SUPERF DO TORNOZELO E DO PE NE

25 - Tabela	26 - Codigo do Procedimento	27 - Descric?o	28 - Qtde Solic	29 - Qtde Autor
2 02	28010540	CREATININA	1	
3 02	28010957	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	1	
4 02	28010973	GLICOSE EM JEJUM	1	
5 02	28011210	POTASSIO	1	
6 02	28011279	SODIO (SANGUE)	1	

18/12/2019 12:16 10.1.32.206

Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11585

7	02	28011368	TRANSAMINASE OXALACETICA (AMINO TRANSFERASE ASPARTATO)	1	
8	02	28011376	TRANSAMINASE PIRUVICA (AMINO TRANSFERASE ALANINA)	1	
9	02	28040139	COAGULOGRAMA COMPLETO	1	
10	02	28040481	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIACAO DE PLAQUETAS)	1	

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF .12361267008410	31 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED SA - HAL	32 - T. Log.	33-34-35- Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38-Cod. IBGE	39-CEP	40-Código CNE5
40 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 2817979788	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR	42 - Conselho Profissional CRM	43 - Número no Conselho 11585	44 - UF CE	45 -Código CBO S	45 a- Grau de Participação		

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09- Radioterapia 10- TRS - Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicacão de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Transto 2 - Outros	48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internacão 5- Alta 6- Óbito
--	--	--

CONSULTA REFERENCIA

49 - Tipo de Doença A- Aguda C- Crônica	50- Tempo de Doença A- Anos M-Meses D-Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	57 - Qtd	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acrescimo	61 - Valor Unitario - R\$	62 - Valor Total - R\$
18/12/2019			a	28010540 CREATININA	1					0.00
18/12/2019			a	28010957 GAMA-GLUTAMIL TRANSF	1					0.00
18/12/2019			a	28010973 GLICOSE EM JEJUM	1					0.00
18/12/2019			a	28011210 POTASSIO	1					0.00
18/12/2019			a	28011279 SODIO (SANGUE)	1					0.00

Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11585



ULTRA SOM SERV MED SA - HAL
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA
61939-915 MARACANAU - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA às 12:18, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 18/12/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S826

Código da Doença

18/12/19

Local e Data

Assinatura do Médico

JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR

CRM 11585

Aceito a Colocação do CID Assinado US

Código de Autenticação: BKSMS2BR1T3J2

Solicitação da Senha 18/12/2019 11:39:51

18/12/2019

18/12/2019 12:16



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR
AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA às 09:05, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 26/12/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S826

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

CRM 11506

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BAZPA29R1Y6K0

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.
Ortopedia e Traumatologia RGE 3332
Cirurgia de Mão e Quadril
CRM 11506 SGT 13025 SBO 0683

10.1.32.207

03/01/2020 09:25

P0002

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:33

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64376792 Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Profissional(is): JONAS MARTINS GONCALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 48691322 26/12/2019 às 15:04
1265235 [1]
JONAS MARTINS GONCALVES COREN 1265235 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	26/12/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	14:55	[2]
Cirurgia	FRATURA DE TORNOZELO	[2]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente	CC	[2]
Identidade Do Paciente	SIM.	[2]
Avaliação Pré-Anestésica	SIM.	[2]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM.	[2]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	SIM.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[2]
Exames Complementares	SIM.	[2]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO.	[2]
Tricotomia	NÃO.	[2]
Banho Pre-Operatório	SIM.	[2]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[2]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[2]
Paciente Está Em Jejum		

MAIS DE 10 HORAS

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO.	[2]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:33

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.:	01/08/1977	Atendimento:	64376792	Prontuário:	3649074
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/1		
Profissional(is):	MARCIANA SOARES VITOR, ENFERMEIRO(A), COREN 293113 [1] Nº: 48694376 26/12/2019 às 16:03						

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

[1]

PACIENTE F.A.N. 42 ANOS, MASCULINO. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APOS REALIZAR FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DEAMBULA PORÉM EM REPOUSO DO LEITO. NORMOTENSO, NORMOCORADO, AFEBRIL NO MOMENTO DA VISITA. DIETA GERAL. AVP EM MSD FUNCIONANTE EM HV, DIURESE PRESENTE E ESPONTANEA. ELIMINAÇÃO INTESTINAL AUSENTE NO MOMENTO. AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

AO MONITOR:

PA: 94 X 55 MMHG
PAM: 68 MMHG
FC: 61 BPM
SPO2: 98 %

#GERENCIAMENTO DE RISCO:
RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVADAS;
MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS, MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM).

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: MANTER CABECEIRA ELEVADA A 30º OU 45º. REALIZAR HIGIENE ORAL.

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

RISCO DE LPP: REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/2H OU CONFORME TOLERÂNCIA / APLICAR ESCALA DE BRADEN DIARIAMENTE / UTILIZAR COLCHÃO PNEUMÁTICO, MANTER PELE HIDRATADA.

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

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:33

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64376792 Prontoatário: 3949074
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[2]
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.	[2]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS		
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[2]
AO TERMINO DO PROCEDIMENTO		
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[2]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[2]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	NÃO.	[2]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[2]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	LATERAL D.	[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:34

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.:	01/08/1977	Atendimento:	64376792	Prontuário:	3849074
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/1		
Profissional(is):	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1]	Nº:	48692194	26/12/2019	às	15:21	

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Clínico	S909 [1]
Diagnóstico Cirúrgico	S826 [1]
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	26/12/2019 [1]
Hora Da Cirurgia	15:21 [1]
Cirurgia	OSTEOSSINTESE DE TORNOZELO [1]
Cirurgião	THIAGO [1]
1º Auxiliar	ANDRE ALCANTARA [1]
Descrição Cirúrgica	[1] PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ASSEPSIA E ANTISSEPZIA APOSEIÇÃO DE CAMPO INCISÃO LATERAL DIVULSAO REDUÇÃO DA FRATURA FIXAÇÃO COM INTERFRAGMENTARIO E PLACA TUBULAR REPARO LIGAMENTAR ENXERTIA LOCAL LIMPEZA SUTURA POR PLANOS CURATIVO
Códigos Dos Procedimentos	[1] 30728126 fratura 30732026 enxerto 30728142 lesões ligamentares



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:34

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64376792 Prontuário: 3949074
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1] Nº: 48692157 26/12/2019 às 15:20

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolution Do Paciente	paciente submetido a osteossíntese de tornozelo sem intercorrências.cd; a sf	[1]
CID 10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:34

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64376792 Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Profissional(is): JONAS MARTINS GONCALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN Nº: 48691792 26/12/2019 às 15:13
1265235 [1]
JONAS MARTINS GONCALVES COREN 1265235 [2]

PACIENTE	
Data De Admissão	26/12/2019 [1]
PRÉ-OPERATÓRIO	
Tipo De Cirurgia	Eletiva. [1]
Data Da Cirurgia	26/12/2019 [1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TORNOZELO [1]
Pulseira De Identificação	MSD. [1]
Comorbidades	NÃO [1]
Nome, dosagem, frequência	NÃO [1]
Alergia- Descrição	NEGA [1]
CONFORTO	
INTRA-OPERATÓRIO	
Responsável Pelo Recebimento	JONAS [1]
Hora	14:30 [1]
Sala	07 [1]
Condições Da Pele ao Início da cirurgia	INTEGRA [1]
Início Da Anestesia	14:35 [1]
Término Da Anestesia	15:15 [1]
Início Da Cirurgia	14:55 [1]
Término Da Cirurgia	15: [1]
Instrumentador	ELISEU [1]
Circulante	JONAS [1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Lateral D. [1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	MIE [1]
Numero Inicial De Compressas	15 UD [1]
Contagem Final De Compressas	15 UD [1]
Medicações/hora	KEFAZOL 2G 14:30 [1]
Clorexedine Alcoólico	Sim [1]
Clorexedine Degermante	Sim [1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	SUTURADA+CURATIVO [1]
Grau De Contaminação	CONTAMINADA. [1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA. [1]
SINAIS VITAIS	

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:34

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64376792 Prontuário: 3849074

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Pulso	58 bpm	[1]
PA	80X39	[1]
PAM	78	[1]
FC	86 bpm	[1]
FR	14 mrrpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	99 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	26/12/2019	[1]
Hora	15:16	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	[1] ÀS 14:30, PCT. F.A.D.N.F. 42 ANOS, MASCULINO. FOI ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO PARA SUBMETER-SE A UMA CIRURGIA DE FRATURA DE TORNOZELO REALIZADA PELO DR. THIAGO AGUIAR COM AUXILIO DO DR. ANDRE. PCT. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, NORMOCORADO. FOI SUBMETIDO A UMA ANESTESIA DE SEDAÇÃO+RAQUI PELA DR. MARINA, NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. SERÁ ENCAMINHADO PARA SRPA COM AVP EM MSD, PULSEIRA EM MSD. CURATIVO LIMPO NO LOCAL CIRURGICO. SEM INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	
Intecorrências	NÃO	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	MIE	[2]
Punções Venosas	MSD	[2]
PÓS-OPERATÓRIO		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:34

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64376792 Prontuário: 3849074

Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1] Nº: 48691645 26/12/2019 às 15:10

IDENTIFICAÇÃO

Nome	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	42 A 4 M	[1]
Data De Nascimento	01/08/1977	[1]
Nº Atendimento	64376792	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário

S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal

cirurgia

[1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias

2 Dias

[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 10/01/2020 10:37

Paciente FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO DE NASC 01/08/1977						Atendimento: 64376792	
Convênio HAPVIDA						Prontuário: 3849074	
Posto: POSTO 3B - HAPFOR						Peso: 70,00 kg	
Nº Prescrição: 25154552						27/12/2019 às 11:23	
Leito: 3017B/1							
1. DIET/GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL					CRM-8260
2. Hidratação Venosa Fase Clínica	Vol. Total: 500 ml		7,00 gts/min	Acesso Periférico			CRM-8260
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	30,83 ml kcalida	500 ml					
3. CEFAZOLINA SODICA (1.0g)	1 g	1 FRAP(FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV			CRM-8260
Agua Destilada	10 ml						
4. CETOPROFENO IV (100,00mg)	100 mg	1 FRAP(FRAP C/ 100MG/8h)	EV				CRM-8260
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml						
5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG/6h)	EV				CRM-8260
Agua Destilada	18 ml						
6. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG/8h)	EV	SN			CRM-8260
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml						
7. PLAMET (5,00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/ 10MG/8h)	EV				CRM-8260
Agua Destilada	18 ml						
8. SONDA GEM VESICAL DE ALIVIO			SN				CRM-8260
9. CLORATO MÍDIO-SE-GAZE-ACOLCHOADA			SN				CRM-8260
10. ENCOMPRESSÃO COM ÉTER			SN				CRM-8260
11. SINAIS VITAIS							CRM-8260
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS							CRM-8260
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC			SN				CRM-8260
14. CLORATO MÍDIO-SE-GAZE-ACOLCHOADA MÍDIO			SN				CRM-8260
15. COMPRESSÃO COM ÉTER			SN				CRM-8260
16. Alta em: 27/12/2019	ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO						
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA							
Profissionais: CRM-8260 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA							

RP1541

MARCELO FERREIRA BEZERRA

IP-10.1.32.205

10/01/2020 10:37

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 10/01/2020 10:37

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO DE RUSC, 01/08/1977					Atendimento: 64376792	
Convênio: HAPVIDA					Prontuário: 3849074	
Nº Prescrição: 2514474					Peso: 70,00 kg	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR						
Leito: 133410/1						
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE					3/3h	ORAL
2. Hidratação Venosa Fase Única					Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min
3. SORO FISIOLÓGICO 0,9%					500 ml	
3. CEFOTAZOLINA SODICA (1.00g)					1 FRAP(FRAP C/ 1GR) 8.8h	EV
Agua Destilada					10 ml	
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)					100 mg	1 FRAP(FRAP C/ 100MG) 8h
Soro Fisiológico 0,9%					100 ml	EV
5. DIFPIRONA AMP (500.00mg/ml)					1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) 6h
Agua Destilada					18 ml	EV
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)					100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) 8h
Soro Fisiológico 0,9%					100 ml	EV
7. PLAMET (5.00mg/ml)					10 mg	2 ML (AMPL C/ 10MG) 8h
Agua Destilada					18 ml	EV
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO						SN
9. CLORATIVO MEDIO-SE-GAZE-ACOLCHOADA						SN
10. PINGA-DE-HELICO						SN
11. SINAIAS VITAIS						SN
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						SN
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						SN
14. CLORATIVO COM ATADURA E GAZE-ACOLCHOADA MEDIO						SN
15. COMPRESSÃO COM LETER						SN
Profissional: CRM-11506 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA						

RP1541

MARCELO FERREIRA BEZERRA

IP 10.1.32.205
10/01/2020 10:37

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:25

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64668825 Prontuário: 3849074

Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): DAVID GÖES DE ALCANTARA CRM 16658 [1] Nº: 49293142 10/01/2020 às 08:58

ANAMNESE

Queixa Principal	PO DE CIRURGIA ORTOPEDICA AO TRAUMA	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]
--------------------------------	-----------------------------------	-----

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:26

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.:	01/08/1977	Atendimento:	64505034	Prontuário:	3849074
Convênio:	HAPVIDA	Posto:			Leito:	/	
Profissional(is):	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [1] N°: 48985187 03/01/2020 às 09:06						
CONDIÇÕES DE ALTA							
Alta do Paciente	Sim						[1]
DATA/HORA DA ALTA							
Data Da Alta	03/01/2020						[1]
Hora Da Alta	09:06						[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 64376792	Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Leito: 3017B/1	
Profissional(is): DIONES DOS REIS PINHEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 517893 [1]	Nº: 48713459	27/12/2019	às 01:57

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

PACIENTE F.A.N. 42 ANOS. MASCULINO. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS. DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APOS REALIZAR FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE. VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DEAMBULA POREM EM REPOUSO DO LEITO. NORMOTENSO, NORMOCORADO, AFEBRIL NO MOMENTO DA VISITA. DIETA GERAL. AVP EM MSD FUNCIONANTE EM HV, DIURESE PRESENTE E ESPONTANEA. ELIMINAÇÃO INTESTINAL AUSENTE NO MOMENTO. AOS CUIDADOS DA EQUIPE. APRESENTOU RETENÇÃO URINÁRIA, REALIZO SONDA VESICAL DE ALÍVIO COM DÉBITO DE 900ML.

[1]

AO MONITOR:

PA: 94 X 55 MMHG
PAM: 68 MMHG
FC: 61 BPM
SPO2: 98 %

#GERENCIAMENTO DE RISCO:
RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVADAS;
MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS, MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM).

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: MANTER CABECEIRA ELEVADA A 30° OU 45°. REALIZAR HIGIENE ORAL.

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

RISCO DE LPP: REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/2H OU CONFORME TOLERÂNCIA / APLICAR ESCALA DE BRADEN DIARIAMENTE / UTILIZAR COLCHÃO PNEUMÁTICO. MANTER PELE HIDRATADA.

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

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FE	Dt. Nasc.:	01/08/1977	Atendimento:	64376792	Prontuário:	3949074
Convênio:	HAPVITA	Nº Prescrição:	25144950		26/12/2019 às	15:50	
Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/1	Enfermeiro(a):	MARCIANA SOARES VITOR		
Avaliação:	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO						
Profissionais:							

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
RENOVAR ACESSO VENOSO	00:00

10 - PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

Relacionado a: AMBIENTE PARA O SONO DESCONFORTÁVEL

PROPORCIONAR CONFORTO E PRIVACIDADE	Mantido:
IDENTIFICAR HÁBITOS DE SONO E REPOUSO	Mantido:

12 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: SEDATIVOS

ORIENTAR A SOLICITAR AJUDA PARA DEAMBULAÇÃO	Mantido:
Movimentar O Paciente De Forma Segura	Mantido:
MANTER GRADES LATERAIS ELEVADAS	Mantido:
Orientar Paciente E Acompanhante Sobre O Risco De Queda	Mantido:
Orientar Sobre Risco De Queda Relacionado Ao Uso De Medicamentos	Mantido:

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FE	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 64376792	Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25145047	26/12/2019 às 15:55	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: MARCIANA SOARES VITOR (COREN 293113)			
1 - OBSERVAR			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Nível de Consciência	Mantido		
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Mantido		
3 - RENOVAR/IDENTIFICANDO			
ACESSO VENOSO COM JELCO A CADA 48 HO	00:00		
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

Página 1 de 1
15/01/2025 10:33

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FER
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 3B - HAPFOR
Dt. Nasc.: 01/08/1977
Prontuário: 3849074
Leito: 3017B/1
Nº Documento: 25145460
Tipo: Enfermagem
Atendimento: 64376792
26/12/2019 21:54

Profissionais: MARIA JOSIANE ALVES COREN 13249001 [1] @

		26/12																27/12											
		07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	21:30	22:00	23:00	00:00	01:00	01:30	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	06:00	
SINAIS VITAIS	Frequência Respiratória (mrpr)																18	[1]				18	[1]					18	[1]
	Frequência Cardíaca (bpm)																81	[1]				75	[1]					89	[1]
	Temperatura (°C)																36.5	[1]				36.5	[1]					35.5	[1]
	Sinais Neurológicos																Paciente Alerta	[1]				Paciente Alerta	[1]					Paciente Alerta	[1]
	Dor Torácica																ALCO	[1]				ALCO	[1]					ALCO	[1]
	Pa Sistólica (mmHg)																120	[1]				120	[1]					120	[1]
	Pa Diastólica (mmHg)																80	[1]				80	[1]					80	[1]
	Classificação Mews																5	[1]				5	[1]					5	[1]

Legenda do Protocolo MEWS:

MEWS 0 e 1 - Avaliação de 6 em 6 horas.

MEWS 2 - Avaliação de 4 em 4 horas.

MEWS 3 e 4 - Avaliação de 2 em 2 horas.

MEWS >= 5 - Avaliação de 1 em 1 hora.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:34

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.:	01/08/1977	Atendimento:	64376792	Prontuário:	3849074
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/1		
Profissional(is):	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MEDICO, CRM 11506 [1]	Nº:	48692194	26/12/2019	às	15:21	

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Clínico	S909 [1]
Diagnóstico Cirúrgico	S826 [1]
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	26/12/2019 [1]
Hora Da Cirurgia	15:21 [1]
Cirurgia	OSTEOSSINTESE DE TORNOZELO [1]
Cirurgião	THIAGO [1]
1º Auxiliar	ANDRE ALCANTARA [1]
Descrição Cirúrgica	[1] PACIENTE EM DDH SOB RAOUI ASSEPSIA E ANTISSEPSIA APOSEIÇÃO DE CAMPO INCISÃO LATERAL DIVULSAO REDUÇÃO DA FRATURA FIXAÇÃO COM INTERFRAGMENTARIO E PLACA TUBULAR REPARO LIGAMENTAR ENXERTIA LOCAL LIMPEZA SUTURA POR PLANOS CURATIVO
Códigos Dos Procedimentos	[1] 30728126 fratura 30732026 enxerto 30728142 lesões ligamentares

44192224

[illegible]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:26

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64505034 Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1] N°: 48984630 03/01/2020 às 08:52

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT COLEGA POS OP	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:26

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64668825 Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [1] Nº: 49294285 10/01/2020 às 09:23

ANAMNESE

Queixa Principal	POS OP TORNOZELO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

[illegible][illegible]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:34

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.:	01/08/1977	Atendimento:	64376792	Prontuário:	3849074
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/1		
Profissional(is):	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1]			Nº:	48692474	26/12/2019	às 15:25
DIAGNÓSTICOS							
CID10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO						[1]
Plano Terapêutico	OSTEOSSINTESE DE TORNOZELO						[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL						[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:32

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64376792 Prontuário: 3849074

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 3B - HAPFOR Leito: 3017B/1

Profissional(is): FRANCIELLE DE FREITAS SANTOS, ENFERMEIRO(A), COREN 532929 [1] Nº: 48727010 27/12/2019 às 10:47

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT 27/12/19

[1]

PACIENTE F.A.N. 42 ANOS, MASCULINO, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS, 1º PO OSTEOSSINTES FRATURA TORNOZELO ESQUERDO, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DEAMBULA POREM EM REPOUSO DO LEITO. NORMOTENSO, NORMOCORADO, AFEBRIL NO MOMENTO DA VISITA, ACEITANDO DIETA GERAL. AVP EM MSD FUNCIONANTE EM HV. DIURESE PRESENTE E ESPONTANEA. ELIMINAÇÃO INTESTINAL AUSENTE NO MOMENTO. AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

AO MONITOR:

PA: 94 X 55 MMHG
PAM: 68 MMHG
FC: 61 BPM
SPO2: 98 %

#GERENCIAMENTO DE RISCO:
RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADE ELEVADAS;
MANTER RODAS DA CAMA TRAVADAS. MANUSEAR PACIENTE COM AUXÍLIO (MÍNIMO DE 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM).

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: MANTER CABECEIRA ELEVADA A 30º OU 45º. REALIZAR HIGIENE ORAL.

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

RISCO DE LPP: REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/2H OU CONFORME TOLERÂNCIA / APLICAR ESCALA DE BRADEN DIARIAMENTE / UTILIZAR COLCHÃO PNEUMÁTICO. MANTER PELE HIDRATADA.

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

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

ACOMPANHAMENTO ADULTO SINAIS VITAIS

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FER	Posto:	POSTO 3B - HAPFOR	Leito:	3017B/1	Typo:	Enfermagem	27/12/2019	10:10
Convênio:	HAPVIDA	DT. Nasc.:	01/09/1977	Prontuário:	3849074	Nº Documento:	25153469	Atendimento:	64376792
Profissionais:	INGRID SANTOS RIBEIRO COREN 1292699 [1] 5								

		27/12																			28/12							
		07:00	08:00	09:00	10:00	10:10	11:00	11:37	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
SINAIS VITAIS	Frequência Respiratória (mpm)					12 (1)		12 (1)																				
	Frequência Cardíaca (bpm)					80 (1)		80 (1)																				
	Temperatura (°C)					36 (1)		36.4 (1)																				
	Sinais Neurológicos					Paciente Alerta (1)		Paciente Alerta (1)																				
	Dor Torácica					NÃO (1)		NÃO (1)																				
	Pa Sistólica (mmHg)					12 (1)		12 (1)																				
	Pa Diastólica (mmHg)					80 (1)		80 (1)																				
	Classificação Mews					5 (1)		5 (1)																				

Legenda do Protocolo MEWS:

- MEWS 0 e 1 - Avaliação de 6 em 6 horas.
- MEWS 2 - Avaliação de 4 em 4 horas.
- MEWS 3 e 4 - Avaliação de 2 em 2 horas.
- MEWS >= 5 - Avaliação de 1 em 1 hora.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FE	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 64376792	Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25150836	27/12/2019 às 06:46	
Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Leito: 3017B/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: DIONES DOS REIS PINHEIRO (COREN 517893)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Pressão Arterial	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	Manhã	Tarde	Noite
Nível de Consciência	Manhã	Tarde	Noite
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
5 - ESTIMULAR			
ACEITAÇÃO DA DIETA	Manhã	Tarde	Noite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FE	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 64376792	Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25150829	27/12/2019 às 06:43	
Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Leito: 3017B/1	Enfermeiro(a):	DIONES DOS REIS PINHEIRO
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

4 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

7 - RISCO DE QUEDARelacionado a: DÉFICIT MOTOR
ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO**8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A**Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Manhã Tarde Noite
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:32

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.:	01/08/1977	Atendimento:	64376792	Prontuário:	3849074
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO 3B - HAPFOR	Leito:	3017B/1		
Profissional(is):	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]			Nº:	48729325	27/12/2019	às 11:29
DIAGNÓSTICOS							
CID10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO						[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL						[1]



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/01/2020 10:32

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64376792 Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 3B - HAPFOR Leito: 3017B/1

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1] Nº: 48729055 27/12/2019 às 11:24

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolution Do Paciente	1 pós op de osteossintese de tornozelo sem intercorrências. evolui estável sme queixas alta hospitalar	[1]
CID 10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO	[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Rasc. 01/08/1977	18/12/2019 às 12:14	Atendimento: 64244237
Convênio: HAPVITA	Nº Prescrição: 25056363	Peso: kg	Prontuário: 3849074
Posto: POSTO EMERGENCIA	Letto: 824213/1		
1. CALHA OUTAL A MEMBRO INFERIOR	1	24/24h	CRM-11585
2. CL RATIVO GRANDE	1	24/24h	CRM-11585
3. CL RATIVO GRANDE		Avon	CRM-11585
4. VOLTAREN DUETAVEL (25.00mg/ml)	75 mg	3 ML (AMPL C/ 75x60)ora IM	CRM-10184
5. TRAMAL (50.00mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/ 50x60)ora IM	CRM-10184
Alta vigilância			
Profissionais: CRM-11585	JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR		
CRM-10184	MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES		

RP1541

MARCELO FERREIRA BEZERRA

IP-10.1.32.205

10/01/2020 10:41

64 - Observações

65 - Total Procedimentos - R\$
.....

66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$
.....

67 - Total Materiais - R\$
.....

68 - Total Medicamentos - R\$
.....

69 - Total Outros - R\$
.....

70 - Total Unid. Médicas - R\$
.....

71 - Total Geral do Guia - R\$
.....

80 - Data e Assinatura do Esclarecedor
10/01/2020

81 - Data e Assinatura do Responsável pelo Atendimento
.....

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
.....

83 - Data e Assinatura do Prestador Especialista
.....

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

10/01/2020 10:40

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.:	01/08/1977	Atendimento:	64244237	Prontuário:	3849074
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO EMERGENCIA	Leito:	824213/1		
Profissional(is):	MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS COREN 742555 [1]	Nº:	48386132	18/12/2019	às	14:04	

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem

Sim

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

TRAMAL AMPL 50MG IM PREPARADO E ADMINISTRADO AS 14:04. EM 18/12/2019 POR MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS, COREN/CE 742555.

[1]

VOLTAREN INJETAVEL AMPL 75MG IM PREPARADO E ADMINISTRADO AS 14:04. EM 18/12/2019 POR MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS, COREN/CE 742555.

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 14:05. EM 18/12/2019 POR MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS, COREN/CE 742555.

CURATIVO GRANDE REALIZADO AS 14:05. EM 18/12/2019 POR MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS, COREN/CE 742555.

CURATIVO GRANDE 1 REALIZADO AS 14:06. EM 18/12/2019 POR MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS, COREN/CE 742555.

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal

[1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

[1]

Queda Adulto (Morse)

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

[1]

Flebite

[1]

Tromboembolismo Venoso Clínico

[1]

Francisco Assis do Nascimento Perceira

Paciente vítima de acidente de
trânsito com fratura do Tergo 12
fechada e 1 to anexo.

Matrícula:

01 Placa 13 do crânio
06 Parafusos Esponjosos
08 Parafusos Corticais
02 Fios de Kirschner
01 Fio de Cerebrum

Ce, 18/12/19

Cedric Netto
CRM 13585
Médico Ortopedista

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

 /hapvida.saude  @hapvidasaude www.hapvida.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA	
	
DOC. IDENTIDADE / OPS EMISSOR UF 93019011610 SSP CE	
CPF 613.736.213-20	DATA NASCIMENTO 01/08/1977
FILIAÇÃO FRANCISCO JUSTINO FERREIRA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA	
PERMILHAÇÃO	ACC CATIAI AB
Nº REGISTRO 05067224783	VALIDADE 16/12/2021
1ª HABILITAÇÃO 29/10/2010	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Francisco Arnaldo do Nascimento Ferreira</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 21/12/2016
ASSINATURA DO EMISSOR <i>João Vascêncio da Costa</i> JOÃO VASCÊNCIO DA COSTA	84904005647 CE157109461
DETRAN-CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1407125170

PROIBIDO PLASTIFICAR
1407125170



DETRAN - CE

4895059758

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM
01017039868

PLACA
OSR6580

EXERCÍCIO
2019

ANO FABRICAÇÃO
2014

ANO MODELO
2015



Valide este QRCode com app Vio

ESPÉCIE / TIPO
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO
HONDA/NX 400I FALCON

PLACA ANTERIOR / UF
OSR6580/CE

CHASSI
9C2ND1010FR301443

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

QUITACAO EXERCICIO DPVAT: 2019**

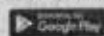
MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO



DENATRAN

Baixe agora a Carteira Digital de Trânsito - CDT nas lojas Google Play ou App Store e tenha na palma da sua mão todos os documentos para você conduzir seu veículo com tranquilidade e segurança



CATEGORIA
PARTICULAR

CAPACIDADE
★ ★

POTÊNCIA/CILINDRADA
0CV/397

PESO BRUTO TOTAL
0.33

MOTOR
ND10E1F301443

CMT
★ ★

EIXOS
★

LOTAÇÃO
02P

CARROCERIA
NÃO APLICÁVEL

NOME
FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF / CNPJ
613.736.213-20

LOCAL
FORTALEZA CE

DATA
17/08/2020

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

4895059758

CAT. TARIF	DATA DE QUITAÇÃO	PAGAMENTO
★	★	<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO
REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R\$)
★	★	★
REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R\$)	VALOR DO IOF (R\$)	VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
★	★	★

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

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

Todos os cidadãos, acidentados em território nacional, estão cobertos, sejam eles motoristas, passageiros ou pedestres. Der entrada no Seguro DPVAT é gratuito e não é responsável a contratação de terceiros. O prazo para solicitação da indenização do Seguro DPVAT é de até 3 anos.

São três tipos de cobertura:

MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS
R\$ 15.500,00	ATÉ R\$ 10.500,00*	ATÉ R\$ 2.700,00

COMO DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT?

- Se você for vítima de acidente de trânsito ou for beneficiário da indenização, acesse o site www.seguradoradl.com.br para solicitar o Seguro DPVAT, ou pela Central de Atendimento de Seguros e Previdência Social (CPS) no Centro Nacional de Registro e Registro de Veículos (CNRV) em 0800 022 1204 (horário Registre).
- Se você for vítima de acidente de trânsito ou for beneficiário da indenização, acesse o site www.seguradoradl.com.br para solicitar o Seguro DPVAT, ou pela Central de Atendimento de Seguros e Previdência Social (CPS) no Centro Nacional de Registro e Registro de Veículos (CNRV) em 0800 022 1204 (horário Registre).

DOCUMENTAÇÃO COMUM A TODAS AS COBERTURAS

- Boleto de Ocorrência (BO) do acidente envolvendo a vítima, emitido por órgão policial competente (Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar e Bombeiros Militar).
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT, disponível no link www.seguradoradl.com.br/seguro-dpvat/ - Campo Pedir Indenização.
- Cópia do comprovante de residência.
- Cópia do documento de identificação: Carteira de Identidade (RG) ou seu equivalente, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) ou Cartão Nacional de Identificação (CNI).
- Cópia do CPF.

Acesse www.seguradoradl.com.br/seguro-dpvat/como-pedir-indenizacao e confira o detalhamento da documentação necessária para cada cobertura.

IMPORTANTE

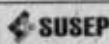
- O prazo para pagamento da indenização ou reembolso é de cinco (5) dias, contados a partir do recebimento da documentação, completa e correta, de acordo com a cobertura escolhida.
- O período de vigência do Seguro DPVAT corresponde ao ano civil, ou seja, inicia-se em 01 de janeiro e termina em 31 de dezembro do exercício a que se refere esta tabela, independentemente do vencimento do Seguro DPVAT.
- A contratação do Seguro DPVAT obrigatória deve ser paga juntamente com a cota única do imposto de Propriedade de Veículos Automotores - IPVA. As datas de vencimento são definidas anualmente pelos secretários de Fazenda de cada estado.
- O veículo não estará devidamente licenciado se o seguro obrigatório não for pago de acordo com a Lei 9.503/1997 - Código de Trânsito Brasileiro.
- O Seguro DPVAT é uma importante fonte de receita para a União, dado que:
 - 45% do valor do prêmio são destinados ao Sistema Único de Saúde - SUS para custeio de assistência médica-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito (Lei 8.212/1991).
 - 5% do valor do prêmio são destinados ao Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN, para aplicação em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito (Lei 9.503/1997 - Código de Trânsito Brasileiro).

Para informações sobre o Seguro DPVAT, pedidos de indenização e reembolso, solicitação de documentação, documentação necessária, prazos e demais dúvidas:



Central de Atendimento
De seg e soc, das 9h às 18h
0800-15194, ou pelo e-mail: central@seguradoradl.com.br
0800 022 1204 (horário Registre)
SAC DPVAT: 0800 022 8185
SAC Seguros e Previdência Social (CPS)
0800 022 1206
Canais de Atendimento: 0800 021 1205
Ouvidoria: 0800 021 9135

www.seguradoradl.com.br



Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, supervisão e controle dos negócios de seguros, previdência pessoal aberta, capitalização e resseguro e contratos de seguro

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200329832 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA **Data do acidente:** 18/12/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P12 / P46

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259723/20

Vítima: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO

CPF: 613.736.213-20

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 18/12/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA : 613.736.213-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/09/2020
Nome: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA
CPF: 613.736.213-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259723/20

Vítima: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO I

CPF: 613.736.213-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/12/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ARNALDO DO
NASCIMENTO FERREIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA : 613.736.213-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/09/2020

Nome: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF: 613.736.213-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020

Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

CPF: 048.755.333-06

FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA