



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo: 02420378120218060001
Classe do Processo: Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora: 30/06/2023 16:43:23

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2819884_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-3.pdf
Documentação: 2819884_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 1-31.pdf
Documentação: 2819884_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 32-57.pdf
Documentação: 2819884_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 58.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Processo: 02420378120218060001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 29 de junho de 2023.

**JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A**

**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE**

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

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

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

613.736.213-20

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Arnaldo do Nascimento Ferreira

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 Ferreira

6 - CPF:

613.736.213-20

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua - Francisco Almada

9 - Número:

952

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Engenho Santa Rosa

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.762-845

15 - Tel.(DDD):

85-98513.3167

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Nic Pagamentos S.A.

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 29680013

3

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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 (vel nascet)?

Sim
 Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim
 Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Fortaleza, 15 de Setembro de 2020.
Francisco Arnaldo do Nascimento Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2020555472



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 2388 / 2020

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 Corolla 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:

 **PATRICIA PEREIRA GONÇALVES - MAT.: 30119584**

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

613.736.213-20

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Arnaldo do Nascimento Ferreira

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 Ferreira

6 - CPF:

613.736.213-20

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua - Francisco Almada

9 - Número:

952

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Engenho Santa Rosa

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.762-845

15 - Tel.(DDD):

85-98513.3167

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Nic Pagamentos S.A.

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 29680013

3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

MORTE

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascet)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

NAO ALFABETIZADO

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

40 - Local e Data

Fortaleza, 15 de Setembro de 2020.

Assinatura do declarante

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

005073324

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA
RUA FRANCISCO ALMEIDA, 951, PARQUE SANTA ROSA
FORTALEZA - CEP: 60762-845

Codificacao: 001.055.0047.0114.0000.00.00
Padrao do Imovel: REGULAR

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Pública: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAÇÃO

Serviço:	Medidor:	Litura Anterior:	Litura Atual:	Volumen(s)	Média Semestral:
ÁGUA	A16F240797	384	387	3	4

DATAS:

Litura atual: 10/07/2020 Emissão: 10/07/2020 Lacre agua: 3836520
Litura anterior: 17/06/2020 Próxima leitura: 10/08/2020

05/2020

No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Analisadas	280	272	272	276	276
Em conformidade	280	268	259	263	276

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	28,30	nov/19	10	0
		dez/19	7	0
		jan/20	8	0
		fev/20	4	0
		mar/20	4	0
		abr/20	5	0
		mai/20	3	0
		jun/20	3	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVICO		41,10
COFINS	1,35	VALOR DO SUBSÍDIO		12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR		28,30

MÊS/ANO VENCIMENTO PAGAR (R\$)

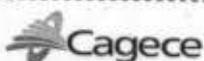
07/2020 03/08/2020 28,30

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15) : 9 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Via do agente
atencioso

DADOS DO CLIENTE

35555303750254 - 0905 Ocrr:

Inscrição: 005073324

Mes/ano: 07/2020

Vencimento: 03/08/2020

Total a pagar (R\$): 28,30

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:	HAPIVIDA	Posto:	POSTO EMERGÊNCIA	Leito:	824213/1		
Profissional(is):	JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR CRM 11685 [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.						
Queixa Principal							
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>						
CID10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO						
Alergias	Não						
Medicação Em Uso	Não						
Antecedentes Patológicos Familiar	Não						
Comorbidades	Não						
DIAGNÓSTICO							
CID10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO						
CID10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO						
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							
 Cedric Netto Médico Ortopedista CRM 11 585							

CONFERE O PRONTUÁRIO


 Dr. Góbel
 Assinatura

ULTRA SOM SERR 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	Leto: 8242/13/1
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. REFERIU QUEDA DE MOTO. RX TORMOZELO ESQ FRACTURA DO MALEOLÓ LATERAL CIRURGICA.

Diagnóstico Inicial

CID10 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 SB26 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORMOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [1]

Comorbidades

Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 SB26 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORMOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO [1]

CID10 SB26 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORMOZELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11 585

CONFERE CI PRONTUÁRIO
Carla Gómez
Assinatura



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2. Nº 41142610

Hapvida

0 - Registro ANS 1 - Data da Internação 4 - Semana
ANS nº 36825-3

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira de Identidade ou RG 10 - Nome

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

13 - Nome do Profissional Solicitante

14 - Código do CRM

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Nome do Consultor

17 - Código do ChEs

18 - Código CBO S

19 - Código da Carteira Nacional de Saúde

20 - Código na Operadora / CNPJ

21 - Nome do Prestador

22 - Data da Internação

23 - Tipo de Internação

24 - Eletrônico U - Urgência / Emergência

25 - Regime de internação

26 - Hospitalar 2 - Hospitalar-dia 3 - Domiciliar

27 - Igo de Diagnóstico

28 - Igo de Diagnóstico

29 - Igo de Diagnóstico

30 - Igo de Diagnóstico

31 - CID 10 (2)

32 - CID 10 (3)

33 - CID 10 (4)

34 - Igo de Procedimento

35 - Descrição

36 - Descrição

37 - ChE

38 - ChE

39 - ChE

40 - ChE

41 - ChE

42 - ChE

43 - ChE

44 - ChE

45 - Data Prevista da Admissão do Hospital

46 - Data de Internação Autorizada

47 - Tipo de Admissão Autorizada

48 - Código na Operadora / CNPJ

49 - Nome do Prestador Autorizado

50 - ChE

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Responsável

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Administração

55 - ChE

56 - ChE

57 - ChE

58 - ChE

59 - ChE

60 - ChE

61 - ChE

62 - ChE

63 - ChE

64 - ChE

65 - ChE

66 - ChE

67 - ChE

68 - ChE

69 - ChE

70 - ChE

71 - ChE

72 - ChE

73 - ChE

74 - ChE

75 - ChE

76 - ChE

77 - ChE

78 - ChE

Princesa Anna Jo Vassoura Ferreira

10 - Nome 11 - RG 12 - CNPJ 13 - Nome do Consultor

14 - Código do ChEs

15 - Nome do Profissional

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO S

20 - Código da Carteira de Identidade ou RG

21 - Nome do Prestador

22 - Data da Internação

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

24 - ChE

25 - ChE

26 - ChE

27 - ChE

28 - ChE

29 - ChE

30 - ChE

31 - ChE

32 - ChE

33 - ChE

34 - ChE

35 - ChE

36 - ChE

37 - ChE

38 - ChE

39 - ChE

40 - ChE

41 - ChE

42 - ChE

43 - ChE

44 - ChE

45 - ChE

46 - ChE

47 - ChE

48 - ChE

49 - ChE

50 - ChE

51 - ChE

52 - ChE

53 - ChE

54 - ChE

55 - ChE

56 - ChE

57 - ChE

58 - ChE

59 - ChE

60 - ChE

61 - ChE

62 - ChE

63 - ChE

64 - ChE

65 - ChE

66 - ChE

67 - ChE

68 - ChE

69 - ChE

70 - ChE

71 - ChE

72 - ChE

73 - ChE

74 - ChE

75 - ChE

76 - ChE

77 - ChE

78 - ChE

79 - ChE

80 - ChE

81 - ChE

82 - ChE

83 - ChE

84 - ChE

85 - ChE

86 - ChE

87 - ChE

88 - ChE

89 - ChE

90 - ChE

91 - ChE

92 - ChE

93 - ChE

94 - ChE

95 - ChE

96 - ChE

97 - ChE

98 - ChE

99 - ChE

100 - ChE

101 - ChE

102 - ChE

103 - ChE

104 - ChE

105 - ChE

106 - ChE

107 - ChE

108 - ChE

109 - ChE

110 - ChE

111 - ChE

112 - ChE

113 - ChE

114 - ChE

115 - ChE

116 - ChE

117 - ChE

118 - ChE

119 - ChE

120 - ChE

121 - ChE

122 - ChE

123 - ChE

124 - ChE

125 - ChE

126 - ChE

127 - ChE

128 - ChE

129 - ChE

130 - ChE

131 - ChE

132 - ChE

133 - ChE

134 - ChE

135 - ChE

136 - ChE

137 - ChE

138 - ChE

139 - ChE

140 - ChE

141 - ChE

142 - ChE

143 - ChE

144 - ChE

145 - ChE

146 - ChE

147 - ChE

148 - ChE

149 - ChE

150 - ChE

151 - ChE

152 - ChE

153 - ChE

154 - ChE

155 - ChE

156 - ChE

157 - ChE

158 - ChE

159 - ChE

160 - ChE

161 - ChE

162 - ChE

163 - ChE

164 - ChE

165 - ChE

166 - ChE

167 - ChE

168 - ChE

169 - ChE

170 - ChE

171 - ChE

172 - ChE

173 - ChE

174 - ChE

175 - ChE

176 - ChE

177 - ChE

178 - ChE

179 - ChE

180 - ChE

181 - ChE

182 - ChE

183 - ChE

184 - ChE

185 - ChE

186 - ChE

187 - ChE

188 - ChE

189 - ChE

190 - ChE

191 - ChE

192 - ChE

193 - ChE

194 - ChE

195 - ChE

196 - ChE

197 - ChE

198 - ChE

199 - ChE

200 - ChE

201 - ChE

202 - ChE

203 - ChE

204 - ChE

205 - ChE

206 - ChE

207 - ChE

208 - ChE

209 - ChE

210 - ChE

211 - ChE

212 - ChE

213 - ChE

214 - ChE

215 - ChE

216 - ChE

217 - ChE

218 - ChE

219 - ChE

220 - ChE

221 - ChE

222 - ChE

223 - ChE

224 - ChE

225 - ChE

226 - ChE

227 - ChE

228 - ChE

229 - ChE

220 - ChE

221 - ChE

222 - ChE

223 - ChE

224 - ChE

225 - ChE

226 - ChE

227 - ChE

228 - ChE

229 - ChE

220 - ChE

221 - ChE

222 - ChE

223 - ChE

224 - ChE

225 - ChE

226 - ChE

18/12/2019	<input type="checkbox"/>	a	<input type="checkbox"/>	28011368 TRANSAMINASE OXALACE	1	<input type="checkbox"/>	0.00				
18/12/2019	<input type="checkbox"/>	a	<input type="checkbox"/>	28011376 TRANSAMINASE PIRUVIC	1	<input type="checkbox"/>	0.00				
18/12/2019	<input type="checkbox"/>	a	<input type="checkbox"/>	28040139 COAGULOGRAMA COMPLET	1	<input type="checkbox"/>	0.00				
18/12/2019	<input type="checkbox"/>	a	<input type="checkbox"/>	28040481 HEMOGRAMA COMPLETO (1	<input type="checkbox"/>	0.00				

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Serie

1 - 3 - 5 - 7 - 9 -
 2 - 4 - 6 - 8 - 10 -

64 - Observacao

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

Assinatura 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

18/12/2019

87 - Data e Assinatura do Responsavel pela Autorizacao

88 - Data e Assinatura do Beneficiario ou Responsavel

18/12/2019

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

18/12/2019

*Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11585*



R3100_EME v1.13

MM

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

1 - Registro Ans.
ANS nº 0

3 - N° Guia Principal
43957789

Prioridade
PRIORIDADE ALTA

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

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

DADOS DO BENEFICIARIO

8 - Número da Carteira
57759000572000044

9 - Plano
PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI

10 - Validade da Carteira

11 - Nome
FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF
12361267008410

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

15 - Código CNES
2372207

16 - Nome do Profissional Solicitante

JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR

17 - Conselho Profissional
CRM

18 - Número no Conselho
11585

19 - UF
CE

20 - Código CBO 5

DADOS DA SOLICITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitação
18/12/2019 11:40

22 - Caráter da Solicitação:
U E - Eletriva U - Urgência/Emergência

23 - CID 10
S909

24 - Indicação Clínica
TRAUM SUPERF DO TORNOZELO E DO PE NE

25 - Código do Procedimento
26 - Código do Procedimento
27 - Descrição

25 - Código do Procedimento	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtde Solic.	29 - Qtde Autor.
2 02	28010540	CREATININA	1	1
3 02	28010957	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	1	1
4 02	28010973	GLICOSE EM JEJUM	1	1
5 02	28011210	POTASSIO	1	1
6 02	28011279	SODIO (SANGUE)	1	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 + AVALIAÇÃO DE PLAQUETAS)	1

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

36 - 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 CNES
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 - Remocão 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 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros	48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5- Alta 6- Óbito
--	---	--

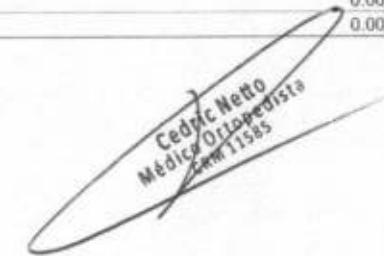
CONSULTA REFERENCIA

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. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
18/12/2019	11:11:11	11:11:11	a	28010540 CREATININA	1				0,00	0,00
18/12/2019	11:11:11	11:11:11	a	28010957 GAMA-GLUTAMIL TRANSF	1				0,00	0,00
18/12/2019	11:11:11	11:11:11	a	28010973 GLICOSE EM JEJUM	1				0,00	0,00
18/12/2019	11:11:11	11:11:11	a	28011210 POTASSIO	1				0,00	0,00
18/12/2019	11:11:11	11:11:11	a	28011279 SODIO (SANGUE)	1				0,00	0,00

Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11585



 ANA LIMA

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

ATESTADO MÉDICO

Alesto 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:

5826

.....

Código da Doença

02, 12/12/19

Local e Data

Assinatura do Médico

JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR


Jaromir Cedric Cardoso Netto Junior
CRM 11585

Aceito a Colocação do C/I D. Assinado us

Código de Autenticação: BK5MS20R1T32
Solicitação da Senha: 18122019 11:19:51

01/12/2019 12:16

18/12/2019



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR
ANTONIO
PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 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:

SB26

Código da Doença

Dr. Thiago A. Cavalcanti CRM 11506
Ortopedista e Traumatologista
Clínica de Reabilitação e Ortopedia
Cirurgia de Reabilitação 3025 260 0488
CRM 11506 SGT 1307 11/2016

Local e Data

Assinatura do Médico

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

CRM 11506

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação: BAZPAZ9R1YBK0

0002

10/12/2019

09:49

10/12/2019

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	Prontuário:	3849074
Convênio:	HAPVIDA			Posto:	CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Lito:	133410/1
Profissional(is):	JONAS MARTINS GONCALVES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1265235 [1]	Nº:	48691322		26/12/2019	às	15:04
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							
Setor 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]					
Anestesia	NÃO.	[2]					
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO.	[2]					
Tricotonmia	NÃO.	[2]					
Banho Pre-Operatório	SIM.	[2]					
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[2]					
Paciente Está Em Jejun	SIM.	[2]					
Paciente Está Em Jejun							
Quanto Tempo	MAIS DE 10 HORAS	[2]					
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA							
Identificação Do Paciente	SIM.	[2]					
Opme Checado Em Sala Cirúrgica	SIM.	[2]					
Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica	SIM.	[2]					
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[2]					
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirúrgica	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 Cirúrgico Completo Em Sala	SIM.	[2]					
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[2]					

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

10/01/2020 10:33

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR	
Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 01/08/1977
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR
Profissional(is): MARCIANA SOARES VITÓR, ENFERMEIRO(A), COREN 293113 [1]	Nº: 48694376 26/12/2019 às 16:03

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE F.A.N. 42 ANOS, MASCULINO, NEGA COMORBIDADES E ALÉRGIAS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS REALIZAR FRACTURA DE TORNозELO 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 AUSENTES 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 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 DECUBITO 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 DESINFEÇÃO 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 Prontuário: 3849074 Convenio: HAPIVIDA Posto: CENTRO CIRÚRGICO - 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]
Antibiotiocoprofilaxia 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 TÉRMINO 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 Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NAO.	[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
Convenção:	HAPV/IDA	Posto:	CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito:	133410/1		
Profissional(s):	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1]	Nº:	48692194	26/12/2019	às 15:21		
DIAGNÓSTICO							
[1]							
Diagnóstico Clínico	S909						
Diagnóstico Cirúrgico	S826						
DADOS DA CIRURGIA							
Data Da Cirurgia	26/12/2019						
Hora Da Cirurgia	15:21						
Cirurgia	OSTEOSSINTSE DE TORMOZELO						
Cirurgião	THIAGO						
1º Auxiliar	ANDRE ALCANTARA						
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ASEPSIA E ANTISEPSIA APOSIÇÃO DE CAMPO INCISÃO LATERAL DIVULSAO REDUÇÃO DA FRATURA FIXAÇÃO COM INTERFRAGMENTARIO E PLACA TUBULAR REPARO LIGAMENTAR ENXERTA LOCAL LIMPEZA SUTURA POR PLANOS CURATIVO						
Códigos Dos Procedimentos	30728126 fratura 30732026 enxerto 30728142 lesões ligamentares						
	[1]						

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

10/01/2020 10:34

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR			
Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 64376792	Prontuário: 3849074
Convenio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRÚRGICO - 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			
Evolução Do Paciente	paciente submetido a osteosíntese de tornozelo sem intercorrências od: a sr		
CID 10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL.		

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

10/01/2020 10:34

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977 Atendimento: 64376792 Prontuário: 38490744

Convenio: HAPIVIDA Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR Leito: 1334-10/1

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

PACIENTE			
Data De Admissão	26/12/2019	[1]	
PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo De Cirurgia	Eletriva.	[1]	
Data Da Cirurgia	26/12/2019	[1]	
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TORNOCZELO	[1]	
Pulseira De Identificação	MSD.	[1]	
Comorbidades	NÃO	[1]	
Noms, 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 inicio 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]	
Número Inicial De Compressas	15 UD	[1]	
Contagem Final De Compressas	15 UD	[1]	
Medicações/hora	KEFAZOL 2G 14:30	[1]	
Clorexidine Alcoólico	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	Dr. Nasc.:	01/08/1977	Atendimento:	64376792	Prontuário:	3849074	
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito:	133410/1			
P脉	58 bpm					[1]		
PA	80x39					[1]		
PAM	78					[1]		
FC	86 bpm					[1]		
FR	14 mppm					[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	AS 14:30, PCT F.A.D.N.F. 42 ANOS, MASCULINO, FOI ADMITIDO NO CENTRO CIRÚRGICO PARA SUBMETER-SE A UMA CIRURGIA DE FRACTURA DE TORNOZELO REALIZADA PELO DR. THIAGO AGUIAR COM AUXILIO DO DR. ANDRE, PCT, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO NORMOCORRIDO. 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 CIRÚRGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO. SEGURO OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.						[1]	
Intercorrências	NÃO						[2]	
Eletrodos	TORAX						[2]	
Incisão Cirúrgica	MIE						[2]	
Punções Venosas	MSD						[2]	
PÓS-OPERATÓRIO								

PLANO TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR
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 CIRÚRGICO - 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.
Idade	42 À 4 M
Data De Nascimento	01/08/1977
Nº Atendimento	64376792
DADOS DO PACIENTE	
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNозELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO [1]
CID10 Primário	
COMORBIDADES	
GRAU DE INDEPENDÊNCIA	
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	
OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	
Principal	cirurgia
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES	
ALTA HOSPITALAR	
Total De Dias	2 Dias

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 10/01/2020 10:37

Paciente FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Nasc. 01/08/1977 Nº Prescrição: 25154552 Lote: 3017Bv1	27/12/2019 às 11:23	Atendimento: 64376792 Prontuário: 3649074 Peso: 70,00 kg
Convênio HAPVIDA Ponto: POSTO 3B - HAPFOR		CRM-8260
1. DIETÁGERAL -ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	
-2-Hidroxietanolacetato de sódio 20,43 mg/Kcal/dia	Vol. Total: 500 ml	7,00 g/l/min - Acesso Perifônico -
SORO-EEGefet-Dexketoforol 1,00g	Vol. Total: 500 ml	CRM-8260
3. CEFAZOLINA SÓDICA 1,00g	1 g	CRM-8260
Aqua Destilada	10 ml	
4. CETOPROFENO IV (100,00mg)	100 mg	1 FRAP/FRAP C/ 100MG/SOL EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	CRM-8260
5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG/SOL EV
Aqua Destilada	18 ml	CRM-8260
6. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG/SOL EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	CRM-8260
Aqua Destilada		
7. PLAMETT (5,00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/ 10MG/SOL EV
Aqua Destilada	18 ml	CRM-8260
8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALIVIO		
9. CLERATIVO MÉDIO- SE-GAZE ACCOCHOADA		
10. SINAIS VITIAIS		
11. SINAIS VITIAIS		
12. GEL-O-L-S MINUTOS A CADA 4 HORAS		
13. LIBERDADE DE DRENOS DE PORÓTIAC		
14. CLERATIVO COM ACCOCHOADA E GAZE-A-COCHOADA MÉDIO		
15. COMPRESSA COM FET		
16. Alta em: 27/12/2019		
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 ME/Ruac: 0108/1977 Convenio HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Nº Prescrição: 25144474 Leito: 133410.1	26/12/2019 às 15:16	Atendimento: 64376792 Prontuário: 3849074 Peso: 70,00 kg
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL		
-2-4 Identificação Venosa-Fase Unica	Vid. Total: 500 ml	7.00 g/dia-min	Acesso Periférico
SORO FÍSIOLOGICO 0,9% 20,00g/l 20,00 ml	1 FRAP/FRAP C/ 1GR/ 1g	EV	CRM-11506
3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g) Agua Destilada	10 ml		
4. CETOPROFENO IV (100,00mg) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg 100 ml	1 FRAP/FRAP C/ 100MGR/8ml	EV CRM-11506
5. DIPRONA AMP (500,00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg 18 ml	2ML (AMPL C/ 500MG/8ml)	EV CRM-11506
6. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg 100 ml	2 ML (AMPL C/ 100MG/8ml)	EV SN CRM-11506
7. PLAMETT (5,00mg/ml) Agua Destilada	10 mg 18 ml	2ML (AMPL C/ 10MG/8ml)	EV CRM-11506
-8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALVIO.			
-9. CLERATIND MEDIO SE-GAZE ACOLCHOADA			
10. INCIAO C-JELCO			
11. SINAIS VITIAIS			
12. GELQ 1,5 MINUTOS A CADA 4 HORAS.			
13. RECHIADA DE DRENAGEM PORTOFONAC			
14. CLERATIND COM LATADEIRA E GAZE AO OCHOADA MEDIO			
15. COMPRESSA SO COMFETTER			
Profissional: CRM-11506	THAODAOXTURCAWACANTIDIE OLIVEIRA		

RP1541

MARCELO FERREIRA BEZERRA

IP:10.1.32.205

10/01/2020 10:37

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

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:	/		
Professional(is):	DAVID GOES DE ALCANTARA GRM 16658 [1]			Nº:	49293142	10/01/2020 às 08:58	
ANAMNESE							
Queixa Principal	PO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA AO TRAUMA			[1]			
Quieixa 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 TERAPÉUTICO	Alta após cuidados e/ou medicação			[1]			
Alta Após Medicação E Cuidados							

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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]	Nº:	48985187	03/01/2020	às 09:06		
CONDICÕES DE ALTA							
Alta do Paciente							
DATA/HORA DA ALTA		Sim					[1]
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 APÓS 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 ESPONTÂNEA. ELIMINAÇÃO INTESTINAL AUSENTE NO MOMENTO, AOS CUIDADOS DA EQUIPE. APRESENTOU RETENÇÃO URINÁRIA, REALIZOU 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

[1]

Acesso Venoso Periférico

Sim

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

10/01/2020 10:33

www...com

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FE Dt. Nasc.: 01/08/1977

Atendimento: 64376792

Prontuário: 3849074

Convênio: HAPVIDA

26/12/2019 às 15:50

Nº Prescrição: 25144950

Enfermeiro(a): MARCIANA SOARES VITOR

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

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

Mantido:

DEAMBULAÇÃO

Movimentar O Paciente De Forma Segura

Mantido:

MANTER GRADES LATERAIS ELEVADAS

Mantido:

Orientar Paciente E Acompanhante Sobre O Risco

Mantido:

De Queda

Orientar Sobre Risco De Queda Relacionado Ao

Mantido:

Uso De Medicações

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SPI/SADT N°

44077238

PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

10/01/2020 10:33 AM

pt-BR, BR

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/REGISTRAR/ANOTAR							
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

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FER	Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Lito: 30178/1	Tipo: Enfermagem	26/12/2019 21:54
Convênio: HAPVIDA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Prontuário: 3849074	Nº Documento: 25148460	Atendimento: 64376792
Profissionais: MARIA JOSEANE ALVES COREM 13248001 [1] :				

SINAIS VITAIS	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	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Frequência Respiratória (impres)																			16					16	
Frequência Cardíaca (bpm)																			[1]					[1]	
Temperatura (°C)																			[1]					[1]	
Sinais Neuroológicos																			Paciente Alerta [1]					Paciente Alerta [1]	
Dor Torácica																			[1]					[1]	
Pa Sistólica (mmHg)																			[1]					[1]	
Pa Diastólica (mmHg)																			[1]					[1]	
Classificação Mews																			[1]					[1]	

Legenda do Protocolo MEWS:

MEWS 0 a 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:	643767792	Pronutário:	3849074
Convenio:	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
Diagnóstico Cirúrgico	S826
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	26/12/2019
Hora Da Cirurgia	15:21
Cirurgia	OSTEOSSINTSE DE TORMOZELO
Cirurgião	THIAGO
1º Auxiliar	ANDRE ALCANTARA
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ASEPSIA E ANTISEPSIA APOSIÇÃO 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	30728126 fratura 30732026 enxerto 30728142 lesões ligamentares

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SDT N°

4419224

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:	Lelito: /	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM: 14108 [1]	Nº: 48984630	03/01/2020	às 08:52
ANAMNESE			
Queixa Principal	PCT COLEGA POS OP	[1]	
Quieixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]	
CID10	S82 FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOCÉL	[1]	
Alergias	Não	[1]	
Medicação Em Uso	Não	[1]	
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]	
Comorbidades	Não	[1]	
DIAGNÓSTICO			
CID10	S82 FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOCÉL	[1]	
CID10	S82 FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOCÉL	[1]	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Página 1 de 1

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	SB26 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]						
Alergias	Não [1]						
Medicação Em Uso	Não [1]						
Antecedentes Patológicos Familiar	Não [1]						
Comorbidades	Não [1]						
DIAGNÓSTICO							
CID10	SB26 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]						
CID10	SB26 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]						
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							

REGULAMENTO DO SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 44310937

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 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 CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito:	133410/1		
Profissional(is):	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1]	Nº:	48692474	26/12/2019	às	15:25	
<hr/>							
DIAGNÓSTICOS							
CID10	S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORMOZELA E DO PE, NAO ESPECIFICADO	[1]					
Plano Terapêutico	OSTEOSSINTSE DE TORMOZELA	[1]					
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]					

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

10/01/2020 10:32

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(s): FRANCIELLE DE FREITAS SANTOS, ENFERMEIRO(A), COREN 532929 [1] N°: 48727010 27/12/2019 às 10:47

Evolução de enfermagem

[1]

PLANTÃO MT 27/12/19

PACIENTE F. A. N. 42 ANOS, MASCULINO. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS. 1º PO OSTEOSINTSES FRACTURA TORNOCZELO ESQUERDO, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DEAMBULA POREM EM REPOSO DO LEITO, NORMOTENSO, NORMOCORADO, AFEBRIL NO MOMENTO DA VISITA, ACEITANDO DIETA GERAL, AVP EM MSD FUNCIONANTE EM HV. DIURESE PRESENTE E ESPONTÂNEA. 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 AUXILIO (MINIMO 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 DESINFEÇÃO 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	Tipo: Enfermagem	27/12/2019 às 10:10
Convênio: HAPVIDA	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Prontuário: 3849074	Nº Documento: 25153469	Atendimento: 64376792
Profissionais: INGRID SANTOS RIBEIRO COREN 1292099 [1] ::				

SINAIS VITAIS	27/12												28/12													
	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	11:30	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	
Frequência Respiratória (imp/m)					12	12																				
Frequência Cardíaca (bpm)					60	60																				
Temperatura (°C)					36	36,4																				
Sinais Neurológicos					Paciente Alerta [1]	Paciente Alerta [1]																				
Dor Torácica					NAD	NAD																				
Pa Sistólica (mmHg)					12	12																				
Pa Diastólica (mmHg)					80	80																				
Classificação Mews					0	0																				

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

Pagina 1 de 1
10/01/2020 10:32 AM
np1002_50

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

Pagina 1 de 1
10/01/2020 10:32
ID:1032_001

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FE	Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 64376792	Prontuário: 3849074
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25150629	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 QUEDA

Relacionado 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:		

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Pagina 1 de 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: 48729325	27/12/2019 às 11:29

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 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	
<hr/>							
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO							
Evolução Do Paciente							
CID 10	S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNозELO E DO PE, NAO ESPECIFICADO	[1]					

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 10/01/2020 10:41

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO	FE	Nasc.: 01/08/1977	Nº Prescrição: 25056363	Data: 18/12/2019 às 12:14	Atendimento: 64244237
Convenio: HAPVIDA			Lote: 824213/1	Peso: 24/24h	Pes: 3849074 kg
Posto: POSTO EMERGENCIA					CRM-11585
1. C.A.I.HA OUTALA MEMBRO INFERIOR	1				CRM-11585
2. CURATIVO GRANDE	1				CRM-11484
3. CURATIVO PEQUENO					CRM-11484
4. VOLVAREN INJELANOL 425,00mg/ml)	75 mg		3 ML (AMPL. C/ 75ML) - DA		CRM-11484
5. TRAMAL (50,00mg/ml)	50 mg		1 ML (AMPL. C/ 50ML) - DA		CRM-10184
Até: 05/01/2020					
Profissionais: CRM-11585	JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR				
CRSF-UFRN	MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELA LOPEZ				

RP1541

10/01/2020 10:41

TP 10.1.32.205

MARCELO FERREIRA BEZERRA

GUIA DE SERVICIO PROFESIONAL/SERVICIO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT N°

3957933

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT N°

43957206

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SDT N°

13957727

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/PSADT N°

43957789

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SPI/SA/DT Nº 43957873

1 - Registro Ativo	43957873	2 - Nº Guia Principal	3 - Nº Guia de Consultório	4 - Nº Guia de Consultório	5 - Data da Admissão	6 - Sair	7 - Sair da Unidade ou Parto	8 - Sair do Exame ou de Guia	
DADOS DO BENEFICIÁRIO									
0 - Nascimento em Cachoeira 67796006172000044		10 - Plano de Saúde PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP CLAVI		11 - Endereço da Carteira		12 - Nome FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA			
14 - Endereço Comunicação/CNPJ/CIF 1236131700010		15 - Nome do Consultor: ULTRA SOM SURV MED SA - HAL		16 - CRM		18 - Endereço no Consultório CRM			
17 - Nome do Profissional Subscritor MARCOS HENRIQUE BEZERRA GADILHA LOPES		18 - Endereço no Consultório U - Eletrônico U - Urgência/Emergência		19 - CRM		20 - Endereço Clínica			
22 - Quantidade de Solicitações		23 - Código da Unidade U		24 - CRM		25 - Endereço Clínica			
26 - Telefone		27 - Código do Procedimento 0010001		28 - Nome da Consulta		29 - CRM			
1	03	2	00100005	3	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	30 - CRM	31 - CRM	32 - CRM	
4	-	5	-	6	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	33 - CRM	34 - CRM	35 - CRM	
7	-	8	-	9	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	36 - CRM	37 - CRM	38 - CRM	
DADOS DO CONTRATADO DENTISTA		39 - Código do Procedimento 0010001		40 - Nome da Consulta		41 - CRM			
1	03	2	0010001	3	T - Tel	42 - CRM	43 - CRM	44 - CRM	
4	-	5	-	6	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	45 - CRM	46 - CRM	47 - CRM	
7	-	8	-	9	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	48 - CRM	49 - CRM	50 - CRM	
CONSULTA DO AVOIDANTE		51 - Código do Procedimento 0010001		52 - Nome da Consulta		53 - CRM			
1	03	2	0010001	3	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	54 - CRM	55 - CRM	56 - CRM	
4	-	5	-	6	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	57 - CRM	58 - CRM	59 - CRM	
7	-	8	-	9	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	60 - CRM	61 - CRM	62 - CRM	
CONSULTA DE REFERÊNCIA		63 - Código do Procedimento 0010001		64 - Nome da Consulta		65 - CRM			
1	03	2	0010001	3	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	66 - CRM	67 - CRM	68 - CRM	
4	-	5	-	6	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	69 - CRM	70 - CRM	71 - CRM	
7	-	8	-	9	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	72 - CRM	73 - CRM	74 - CRM	
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS		75 - Código do Procedimento 0010001		76 - Nome Físico		77 - CRM			
1	03	2	0010001	3	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	78 - CRM	79 - CRM	80 - CRM	
4	-	5	-	6	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	81 - CRM	82 - CRM	83 - CRM	
7	-	8	-	9	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	84 - CRM	85 - CRM	86 - CRM	
DADOS E AVALIAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM RÔTULO		87 - Código do Procedimento 0010001		88 - Nome Físico		89 - CRM			
1	03	2	0010001	3	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	90 - CRM	91 - CRM	92 - CRM	
4	-	5	-	6	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	93 - CRM	94 - CRM	95 - CRM	
7	-	8	-	9	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	96 - CRM	97 - CRM	98 - CRM	
84 - Observações		99 - Total Procedimentos - 001		100 - Total Atendimentos - 001		101 - Total Consultas Multidisciplinares - 001			
1	03	2	0010001	3	0010001	4	0010001	5	0010001
6	-	7	-	8	-	9	-	10	-
11	03	12	0010001	13	0010001	14	0010001	15	0010001
16	-	17	-	18	-	19	-	20	-
21	03	22	0010001	23	0010001	24	0010001	25	0010001
26	-	27	-	28	-	29	-	30	-
31	03	32	0010001	33	0010001	34	0010001	35	0010001
36	-	37	-	38	-	39	-	40	-
41	03	42	0010001	43	0010001	44	0010001	45	0010001
46	-	47	-	48	-	49	-	50	-
51	03	52	0010001	53	0010001	54	0010001	55	0010001
56	-	57	-	58	-	59	-	60	-
61	03	62	0010001	63	0010001	64	0010001	65	0010001
66	-	67	-	68	-	69	-	70	-
71	03	72	0010001	73	0010001	74	0010001	75	0010001
76	-	77	-	78	-	79	-	80	-
81	03	82	0010001	83	0010001	84	0010001	85	0010001
86	-	87	-	88	-	89	-	90	-
91	03	92	0010001	93	0010001	94	0010001	95	0010001
96	-	97	-	98	-	99	-	100	-
101	03	102	0010001	103	0010001	104	0010001	105	0010001
106	-	107	-	108	-	109	-	110	-
111	03	112	0010001	113	0010001	114	0010001	115	0010001
116	-	117	-	118	-	119	-	120	-
121	03	122	0010001	123	0010001	124	0010001	125	0010001
126	-	127	-	128	-	129	-	130	-
131	03	132	0010001	133	0010001	134	0010001	135	0010001
136	-	137	-	138	-	139	-	140	-
141	03	142	0010001	143	0010001	144	0010001	145	0010001
146	-	147	-	148	-	149	-	150	-
151	03	152	0010001	153	0010001	154	0010001	155	0010001
156	-	157	-	158	-	159	-	160	-
161	03	162	0010001	163	0010001	164	0010001	165	0010001
166	-	167	-	168	-	169	-	170	-
171	03	172	0010001	173	0010001	174	0010001	175	0010001
176	-	177	-	178	-	179	-	180	-
181	03	182	0010001	183	0010001	184	0010001	185	0010001
186	-	187	-	188	-	189	-	190	-
191	03	192	0010001	193	0010001	194	0010001	195	0010001
196	-	197	-	198	-	199	-	200	-
201	03	202	0010001	203	0010001	204	0010001	205	0010001
206	-	207	-	208	-	209	-	210	-
211	03	212	0010001	213	0010001	214	0010001	215	0010001
216	-	217	-	218	-	219	-	220	-
221	03	222	0010001	223	0010001	224	0010001	225	0010001
226	-	227	-	228	-	229	-	230	-
231	03	232	0010001	233	0010001	234	0010001	235	0010001
236	-	237	-	238	-	239	-	240	-
241	03	242	0010001	243	0010001	244	0010001	245	0010001
246	-	247	-	248	-	249	-	250	-
251	03	252	0010001	253	0010001	254	0010001	255	0010001
256	-	257	-	258	-	259	-	260	-
261	03	262	0010001	263	0010001	264	0010001	265	0010001
266	-	267	-	268	-	269	-	270	-
271	03	272	0010001	273	0010001	274	0010001	275	0010001
276	-	277	-	278	-	279	-	280	-
281	03	282	0010001	283	0010001	284	0010001	285	0010001
286	-	287	-	288	-	289	-	290	-
291	03	292	0010001	293	0010001	294	0010001	295	0010001
296	-	297	-	298	-	299	-	300	-
301	03	302	0010001	303	0010001	304	0010001	305	0010001
306	-	307	-	308	-	309	-	310	-
311	03	312	0010001	313	0010001	314	0010001	315	0010001
316	-	317	-	318	-	319	-	320	-
321	03	322	0010001	323	0010001	324	0010001	325	0010001
326	-	327	-	328	-	329	-	330	-
331	03	332	0010001	333	0010001	334	0010001	335	0010001
336	-	337	-	338	-	339	-	340	-
341	03	342	0010001	343	0010001	344	0010001	345	0010001
346	-	347	-	348	-	349	-	350	-
351	03	352	0010001	353	0010001	354	0010001	355	0010001
356	-	357	-	358	-	359	-	360	-
361	03	362	0010001	363	0010001	364	0010001	365	0010001
366	-	367	-	368	-	369	-	370	-
371	03	372	0010001	373	0010001	374	0010001	375	0010001
376	-	377	-	378	-	379	-	380	-
381	03	382	0010001	383	0010001	384	0010001	385	0010001
386	-	387	-	388	-	389	-	390	-
391	03	392	0010001	393	0010001	394	0010001	395	0010001
396	-	397	-	398	-	399	-	400	-
401	03	402	0010001	403	0010001	404	0010001	405	0010001
406	-	407	-	408	-	409	-	410	-
411	03	412	0010001	413	0010001	414	0010001	415	0010001
416	-	417	-	418	-	419	-	420	-
421	03	422	0010001	423	0010001	424	0010001	425	0010001
426	-	427	-	428	-	429	-	430	-
431	03	432	0010001	433	0010001	434	0010001	435	0010001
436	-	437	-	438	-	439	-	440	-
441	03	442	0010001	443	0010001	444	0010001	445	0010001
446	-	447	-	448	-	449	-	450	-
451	03	452	0010001	453	0010001	454	0010001	455	0010001
456	-	457	-	458	-	459	-	460	-
461	03	462	0010001	463	0010001	464	0010001	465	0010001
466	-	467	-	468	-	469	-	470	-
471	03	472	0010001	473	0010001	474	0010001	475	0010001
476	-	477	-	478	-	479	-	480	-
481	03	482	0010001	483	0010001	484	0010001	485	0010001
486	-	487	-	488	-	489	-	490	-
491	03	492	0010001	493	0010001	494	0010001	495	0010001
496	-	497	-	498	-	499	-	500	-
501	03	502	0010001	503	0010001	504	0010001	505	0010001
506	-	507	-	508	-	509	-	510	-
511	03	512	0010001	513	0010001	514	0010001	515	0010001
516	-	517	-	518	-	519	-	520	-
521	03	522	0010001	523	0010001	524	0010001	525	0

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED SA - HAL

10/01/2020 10:40

Paciente:	FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 01/08/1977	Atendimento: 642444237	Prontuário: 3849074
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO EMERGENCIA
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, CORENICE 742555.	VOLTAREN INJETAVEL AMPL 75MG IM PREPARADO E ADMINISTRADO AS 14:04, EM 18/12/2019 POR MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS, CORENICE 742555.	CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 14:05, EM 18/12/2019 POR MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS, CORENICE 742555.
		CURATIVO GRANDE REALIZADO AS 14:05, EM 18/12/2019 POR MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS, CORENICE 742555.	CURATIVO GRANDE 1 REALIZADO AS 14:06, EM 18/12/2019 POR MAXWHEEL ALLEF DA SILVA SANTOS, CORENICE 742555.
AVALIAÇÃO DE RISCO			
Humorragia 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]	

Finance: Award de Absent from service

Patient witness of receipt of
note over funds on b. Tongue
Technique & to canyon.
Ultim.

01 Place 1B d CMO
06 Photo copy
08 Charities
02 Fos d Kirschner
01 Fio d Canopy
01 Ce, 18/12/19

~~Cedric Neto
Ortopedico
Medico
Medicamento~~

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





DETTRAN-CE

48950597758

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM:

01017039868

PLACA

OSR6580

EXERCÍCIO

2019

ANO FABRICAÇÃO
2014ANO MODELO
2015

Validar este QRCode com app Vio

ESPECIE / TIPO

PASSEIERO MOTOCICLETA

MARA / MODELO / VERSÃO

HONDA/NX 400I FALCON

PLACA ANTERIOR / UF
OSR6580/CECHASSI
9C2ND1010FR301443COR PREDOMINANTE
BRANCACOMBUSTIVEL
GASOLINA

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

QUITACAO EXERCICIO DPVAT: 2019**

MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO

Para sua comodidade, você pode acessar este documento diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo Carteira Digital de Trânsito - CDT e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo, além de multas e outras funcionalidades.

- Consultar suas infrações e pagar multas com desconto
- Acessar a versão digital da CNH (use CNH virtual para dirigir)
- Comprovar o licenciamento com o QR-Code
- Indicar o principal condutor
- Restar avisos de fiscal



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



Download no Google Play



Download na App Store

CATEGORIA

PARTICULAR

CAPACIDADE

★ .★

POTÊNCIA/CILINDRADA

0CV/397

PESO BRUTO TOTAL

0.33

MOTOR

ND10E1F301443

CMT

★ .★

EXOS

★

LOTAÇÃO

02P

CARROCERIA

NÃO APPLICAVEL

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

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 SEGURADO (R\$)
★	★	★

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

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

Todos os cidadãos, acidentados em território nacional, estão cobertos, sejam motoristas, passageiros ou pedestres. Dar entrada no Seguro DPVAT é gratuito e não é necessário a contratação de seguro.

O prazo para solicitação da inabilitação do Seguro DPVAT é de até 3 anos.

São três tipos de cobertura:

MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	REIMBOSO DE DESPESAS MÉDICAS
R\$ 13.500,00*	ATE R\$ 13.500,00*	ATE R\$ 2.700,00

COMO DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT?

- Se você for vítima de acidente de trânsito ou for beneficiário de inabilitação, acesse o site www.seguradoralider.com.br e realize o seu atendimento online.
- Sei entrar no seu pedido em um dos canais de atendimento autorizados que podem ser consultados no site www.seguradoralider.com.br, diretamente para inabilitação do Seguro DPVAT, ou através das linhas de atendimento: 0800-022-1204 (Centro Metropolitano) e 0800-022-1204 (Centros Regionais).
- Apresentar o documento de seu pedido no site www.seguradoralider.com.br ou através da sua Central de Atendimento: 0800-022-1204 (Centro Metropolitano) ou 0800-022-1204 (Centros Regionais).

DOCUMENTAÇÃO COMUM A TODAS AS COBERTURAS

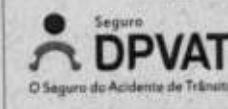
- Boletim de Ocorrência (BO) do acidente, encaminhado a vítima, emitido por órgão policial competente (Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar e Bombeiro Militar).
- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT, disponível no site www.seguradoralider.com.br/seguro-dpvat/.
- Cópia do comprovante de residência.
- Cópia do documento de identificação: Carteira de Identidade (CI), RG ou, se não tiver, Carteira de Trânsito e Inabilitação (CTP), ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH).
- Cópia do CPF.

Acesse www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Como-Fazer-Indenização e conheça os detalhamentos da documentação necessária para cada cobertura.

IMPORTANTE:

- O prazo para pagamento da inabilitação ou reembolso é de cinco dias corridos a partir da apresentação de documentação completa e correta, de acordo com a cobertura desejada.
- 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 é obrigatória e deve ser feita juntamente com a taxa de ISS da imprensa de Proprietários de Veículos, Automóveis - IPIA. As datas de vencimento são definidas individualmente pelos interessados de maneira livre.
- O vencimento não expira (vencimento incidente) se o seguro obrigatório não tiver vencido até a 09/12/2017 - Código de Trânsito Brasileiro.
- O Seguro DPVAT é uma importante fonte de receita para o União, dado que:
 - 45% do valor da premiação são destinados ao Sistema Único de Saúde - SUS para custear a assistência médica-hospitalar, as internações de acidentes de trânsito (IATI).
 - 5% do valor da premiação são destinados ao Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN, para operações em programas, mediados à execução de políticas de trânsito (IATI).

Para informações sobre o Seguro DPVAT: pedidos de informações e respostas, solicitação de documentação necessária, acesso ao sistema, local de atendimento, documentação necessária, prazos e demais detalhes.



SUSEP

Central de Atendimento
24 horas, dia e noite, 0800-021-9464
0402-5596 - corpos de bombeiros
0800-022-1204 - SPC
0800-022-1205 - SAC
0800-021-1205 - Central de Atendimento
0800-021-9135 - Central de Atendimento

www.seguradoralider.com.br

Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pelo fiscalização, controle e correção das irregularidades de órgãos, empresas, pessoas físicas, corporativas e individuais e de suas respectivas entidades.

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:

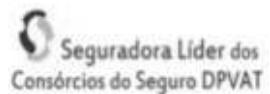
Observações:

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

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

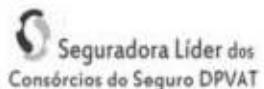
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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
- Dedicação 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 15/09/2020

Nome: FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF: 613.736.213-20

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