



**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 14ª 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 Invalidez 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

---

**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](http://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](http://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: 6 - CPF:

Francisco Arnaldo do Nascimento Feneira

613.736.213-20

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Autônomo

Rua - Francisco Almeida

951

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Parque Santa Rosa

Fortaleza

CE

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  
☐ 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: Alu Pagamentos S.A.

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário 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)





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**

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:

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.///////.

**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: 6 - CPF:

Francisco Arnaldo do Nascimento Feneira

613.736.213-20

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Autônomo

Rua - Francisco Almeida

951

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Parque Santa Rosa

Fortaleza

CE

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  
☐ 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: Alu Pagamentos S.A.

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

## CID10

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 Emissão da Guia

18.12.19

5 - Data de Validade da Guia

7 - Número da Carteira

5775900032000

8 - Plano

9 - Unidade 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 - Endereço

28 - Hipóteses Diagnósticas

29 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

01.2

30 - CID 10 Principal

S82.6

31 - CID 10 (2)

32 - CID 10 (3)

33 - CID 10 (4)

34 - Tabela

307.18.176

35 - Código do Procedimento

307.18.176

36 - Descrição

Ematema Torácico

37 - CID 10 Subc.

38 - Data Autor

39 - Tabela

40 - Código do QPM

41 - Prescrição do QPM

Prescrição de 14 dias

42 - Valor Unitário - R\$

07

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

(\*) 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



# 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 Autorizacão

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

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

## DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira  
5775900057200044

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 S

## DADOS DA SOLICITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

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

22 - Caracter da Solicitação  
U E - Eletiva U - Urgencia/Emergenci

23 - CID 10  
S909

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

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

Doença  
18/12/19

Local e Data

Assinatura do Médico

JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR

CRM 11585

  
Medico Orla e Otorrinolaringologia

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 : BAZPA29R1Y8K0

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.  
Ortopedia e Traumatologia RGE 3332  
Cirurgia de Mão e Quadril  
CRM 11506 SGT 13025 280 8683

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

Quanto Tempo	MAIS DE 10 HORAS	[2]
--------------	------------------	-----

## 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]



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

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 POR 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]
<b>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>		
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]
<b>ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS</b>		
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]
<b>AO TERMINO DO PROCEDIMENTO</b>		
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						
<b>REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO</b>							
Evolution Do Paciente	paciente submetido a osteossíntese de tornozelo sem intercorrências.cd; a sr						[1]
CID 10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL						[1]



## 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

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		



# PLANO TERAPÊUTICO 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 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 [1]
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 Única	Vol. Total: 500 ml		7.00 gts/min	Acesso Periférico	CRM-8260
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 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. DAPIRONA 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
Alta escalonada	Agua Destilada	18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO		SN			CRM-8260
9. CLORATIVO MEDIO-SE-GAZE-ACOLCHOADA		SN			CRM-8260
10. ENXAGUO DE BOCA					CRM-8260
11. SINAIS VITAIS					CRM-8260
12. GEL 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					CRM-8260
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					CRM-8260
14. CLORATIVO COM ATADURA E GAZE-ACOLCHOADA MEDIO		SN			CRM-8260
15. COMPRESSÃO COM ÉTER		SN			CRM-8260
16. Alta em: 27/12/2019	ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO				
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. CEFAZOLINA 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	
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-BOCA-HELICO						SN
11. SINALIS 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

<b>ANAMNESE</b>	
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]
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS [1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS [1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
<b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>	
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						
<b>CONDIÇÕES DE ALTA</b>							
Alta do Paciente	Sim						[1]
<b>DATA/HORA DA ALTA</b>							
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]



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

## 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:

## 44077238

1 - Registro Ant. ANEX 2º 203352	2 - Nº Guia Principal 44577238	3 - Presidência Programado	4 - Nº Guia de Operações	5 - Data de Autuação	6 - Espécie	7 - Data de Vencimento do Serviço 20/12/2019	8 - Data de Encerramento da Guia
-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------	-------------	---	----------------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO		10 - Nome FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA		13 - Número do Cadastro Nacional de Saúde	
9 - Número de Carteira 57759000572000010		11 - Vencimento de Carteira		14 - Colégio CADEN 2411801	
DADOS DO CONTRATADO BENEFICIÁRIO		15 - Nome do Contratado HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR		16 - Nome do Colégio Nacional de Saúde	
14 - Colégio de Operações/CNPJ 507464000139		17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número da Carteira 11506	
17 - Nome do Profissional Solicitante THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA		19 - CBO 10		20 - UF CE	
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS		21 - Indicação Clínica		22 - Colégio CBO 8	
23 - Localidade da Solicitação 20/12/2019		24 - CID 10		25 - UF CE	
26 - Descrição RAOX ARTILHAGEM TIBIO-TARSA		27 - Colégio de Procedimentos 32040091		28 - Colégio CBO 8	
29 - Tipo de Procedimento 1		30 - Tipo de Procedimento 1		31 - Colégio CBO 8	
32 - Nome do Contratado		33 - T. Leg.		34 - Colégio CBO 8	
35 - Nome do Contratado		36 - T. Leg.		37 - Colégio CBO 8	
38 - Nome do Profissional Executante/Contratante THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA		39 - T. Leg.		40 - Colégio CBO 8	
41 - Colégio de Operações/CNPJ de Real. Complementar BR17200300		42 - Nome do Profissional Executante/Contratante THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA		43 - Colégio CBO 8	
DADOS DO APERFEIÇOAMENTO		44 - Tipo de Aperfeiçoamento 01 - Curso 02 - Pesquisa Científica 03 - Trabalho 04 - Atualização Científica 05 - Seminário 06 - Curso 07 - Trabalho 08 - Trabalho 09 - Trabalho 10 - Trabalho 11 - Trabalho 12 - Trabalho 13 - Trabalho 14 - Trabalho 15 - Trabalho 16 - Trabalho 17 - Trabalho 18 - Trabalho 19 - Trabalho 20 - Trabalho 21 - Trabalho 22 - Trabalho 23 - Trabalho 24 - Trabalho 25 - Trabalho 26 - Trabalho 27 - Trabalho 28 - Trabalho 29 - Trabalho 30 - Trabalho 31 - Trabalho 32 - Trabalho 33 - Trabalho 34 - Trabalho 35 - Trabalho 36 - Trabalho 37 - Trabalho 38 - Trabalho 39 - Trabalho 40 - Trabalho 41 - Trabalho 42 - Trabalho 43 - Trabalho 44 - Trabalho 45 - Trabalho 46 - Trabalho 47 - Trabalho 48 - Trabalho 49 - Trabalho 50 - Trabalho 51 - Trabalho 52 - Trabalho 53 - Trabalho 54 - Trabalho 55 - Trabalho 56 - Trabalho 57 - Trabalho 58 - Trabalho 59 - Trabalho 60 - Trabalho 61 - Trabalho 62 - Trabalho 63 - Trabalho 64 - Trabalho 65 - Trabalho 66 - Trabalho 67 - Trabalho 68 - Trabalho 69 - Trabalho 70 - Trabalho 71 - Trabalho 72 - Trabalho 73 - Trabalho 74 - Trabalho 75 - Trabalho 76 - Trabalho 77 - Trabalho 78 - Trabalho 79 - Trabalho 80 - Trabalho 81 - Trabalho 82 - Trabalho 83 - Trabalho 84 - Trabalho 85 - Trabalho 86 - Trabalho 87 - Trabalho 88 - Trabalho 89 - Trabalho 90 - Trabalho 91 - Trabalho 92 - Trabalho 93 - Trabalho 94 - Trabalho 95 - Trabalho 96 - Trabalho 97 - Trabalho 98 - Trabalho 99 - Trabalho 100 - Trabalho 101 - Trabalho 102 - Trabalho 103 - Trabalho 104 - Trabalho 105 - Trabalho 106 - Trabalho 107 - Trabalho 108 - Trabalho 109 - Trabalho 110 - Trabalho 111 - Trabalho 112 - Trabalho 113 - Trabalho 114 - Trabalho 115 - Trabalho 116 - Trabalho 117 - Trabalho 118 - Trabalho 119 - Trabalho 120 - Trabalho 121 - Trabalho 122 - Trabalho 123 - Trabalho 124 - Trabalho 125 - Trabalho 126 - Trabalho 127 - Trabalho 128 - Trabalho 129 - Trabalho 130 - Trabalho 131 - Trabalho 132 - Trabalho 133 - Trabalho 134 - Trabalho 135 - Trabalho 136 - Trabalho 137 - Trabalho 138 - Trabalho 139 - Trabalho 140 - Trabalho 141 - Trabalho 142 - Trabalho 143 - Trabalho 144 - Trabalho 145 - Trabalho 146 - Trabalho 147 - Trabalho 148 - Trabalho 149 - Trabalho 150 - Trabalho 151 - Trabalho 152 - Trabalho 153 - Trabalho 154 - Trabalho 155 - Trabalho 156 - Trabalho 157 - Trabalho 158 - Trabalho 159 - Trabalho 160 - Trabalho 161 - Trabalho 162 - Trabalho 163 - Trabalho 164 - Trabalho 165 - Trabalho 166 - Trabalho 167 - Trabalho 168 - Trabalho 169 - Trabalho 170 - Trabalho 171 - Trabalho 172 - Trabalho 173 - Trabalho 174 - Trabalho 175 - Trabalho 176 - Trabalho 177 - Trabalho 178 - Trabalho 179 - Trabalho 180 - Trabalho 181 - Trabalho 182 - Trabalho 183 - Trabalho 184 - Trabalho 185 - Trabalho 186 - Trabalho 187 - Trabalho 188 - Trabalho 189 - Trabalho 190 - Trabalho 191 - Trabalho 192 - Trabalho 193 - Trabalho 194 - Trabalho 195 - Trabalho 196 - Trabalho 197 - Trabalho 198 - Trabalho 199 - Trabalho 200 - Trabalho 201 - Trabalho 202 - Trabalho 203 - Trabalho 204 - Trabalho 205 - Trabalho 206 - Trabalho 207 - Trabalho 208 - Trabalho 209 - Trabalho 210 - Trabalho 211 - Trabalho 212 - Trabalho 213 - Trabalho 214 - Trabalho 215 - Trabalho 216 - Trabalho 217 - Trabalho 218 - Trabalho 219 - Trabalho 220 - Trabalho 221 - Trabalho 222 - Trabalho 223 - Trabalho 224 - Trabalho 225 - Trabalho 226 - Trabalho 227 - Trabalho 228 - Trabalho 229 - Trabalho 230 - Trabalho 231 - Trabalho 232 - Trabalho 233 - Trabalho 234 - Trabalho 235 - Trabalho 236 - Trabalho 237 - Trabalho 238 - Trabalho 239 - Trabalho 240 - Trabalho 241 - Trabalho 242 - Trabalho 243 - Trabalho 244 - Trabalho 245 - Trabalho 246 - Trabalho 247 - Trabalho 248 - Trabalho 249 - Trabalho 250 - Trabalho 251 - Trabalho 252 - Trabalho 253 - Trabalho 254 - Trabalho 255 - Trabalho 256 - Trabalho 257 - Trabalho 258 - Trabalho 259 - Trabalho 260 - Trabalho 261 - Trabalho 262 - Trabalho 263 - Trabalho 264 - Trabalho 265 - Trabalho 266 - Trabalho 267 - Trabalho 268 - Trabalho 269 - Trabalho 270 - Trabalho 271 - Trabalho 272 - Trabalho 273 - Trabalho 274 - Trabalho 275 - Trabalho 276 - Trabalho 277 - Trabalho 278 - Trabalho 279 - Trabalho 280 - Trabalho 281 - Trabalho 282 - Trabalho 283 - Trabalho 284 - Trabalho 285 - Trabalho 286 - Trabalho 287 - Trabalho 288 - Trabalho 289 - Trabalho 290 - Trabalho 291 - Trabalho 292 - Trabalho 293 - Trabalho 294 - Trabalho 295 - Trabalho 296 - Trabalho 297 - Trabalho 298 - Trabalho 299 - Trabalho 300 - Trabalho 301 - Trabalho 302 - Trabalho 303 - Trabalho 304 - Trabalho 305 - Trabalho 306 - Trabalho 307 - Trabalho 308 - Trabalho 309 - Trabalho 310 - Trabalho 311 - Trabalho 312 - Trabalho 313 - Trabalho 314 - Trabalho 315 - Trabalho 316 - Trabalho 317 - Trabalho 318 - Trabalho 319 - Trabalho 320 - Trabalho 321 - Trabalho 322 - Trabalho 323 - Trabalho 324 - Trabalho 325 - Trabalho 326 - Trabalho 327 - Trabalho 328 - Trabalho 329 - Trabalho 330 - Trabalho 331 - Trabalho 332 - Trabalho 333 - Trabalho 334 - Trabalho 335 - Trabalho 336 - Trabalho 337 - Trabalho 338 - Trabalho 339 - Trabalho 340 - Trabalho 341 - Trabalho 342 - Trabalho 343 - Trabalho 344 - Trabalho 345 - Trabalho 346 - Trabalho 347 - Trabalho 348 - Trabalho 349 - Trabalho 350 - Trabalho 351 - Trabalho 352 - Trabalho 353 - Trabalho 354 - Trabalho 355 - Trabalho 356 - Trabalho 357 - Trabalho 358 - Trabalho 359 - Trabalho 360 - Trabalho 361 - Trabalho 362 - Trabalho 363 - Trabalho 364 - Trabalho 365 - Trabalho 366 - Trabalho 367 - Trabalho 368 - Trabalho 369 - Trabalho 370 - Trabalho 371 - Trabalho 372 - Trabalho 373 - Trabalho 374 - Trabalho 375 - Trabalho 376 - Trabalho 377 - Trabalho 378 - Trabalho 379 - Trabalho 380 - Trabalho 381 - Trabalho 382 - Trabalho 383 - Trabalho 384 - Trabalho 385 - Trabalho 386 - Trabalho 387 - Trabalho 388 - Trabalho 389 - Trabalho 390 - Trabalho 391 - Trabalho 392 - Trabalho 393 - Trabalho 394 - Trabalho 395 - Trabalho 396 - Trabalho 397 - Trabalho 398 - Trabalho 399 - Trabalho 400 - Trabalho 401 - Trabalho 402 - Trabalho 403 - Trabalho 404 - Trabalho 405 - Trabalho 406 - Trabalho 407 - Trabalho 408 - Trabalho 409 - Trabalho 410 - Trabalho 411 - Trabalho 412 - Trabalho 413 - Trabalho 414 - Trabalho 415 - Trabalho 416 - Trabalho 417 - Trabalho 418 - Trabalho 419 - Trabalho 420 - Trabalho 421 - Trabalho 422 - Trabalho 423 - Trabalho 424 - Trabalho 425 - Trabalho 426 - Trabalho 427 - Trabalho 428 - Trabalho 429 - Trabalho 430 - Trabalho 431 - Trabalho 432 - Trabalho 433 - Trabalho 434 - Trabalho 435 - Trabalho 436 - Trabalho 437 - Trabalho 438 - Trabalho 439 - Trabalho 440 - Trabalho 441 - Trabalho 442 - Trabalho 443 - Trabalho 444 - Trabalho 445 - Trabalho 446 - Trabalho 447 - Trabalho 448 - Trabalho 449 - Trabalho 450 - Trabalho 451 - Trabalho 452 - Trabalho 453 - Trabalho 454 - Trabalho 455 - Trabalho 456 - Trabalho 457 - Trabalho 458 - Trabalho 459 - Trabalho 460 - Trabalho 461 - Trabalho 462 - Trabalho 463 - Trabalho 464 - Trabalho 465 - Trabalho 466 - Trabalho 467 - Trabalho 468 - Trabalho 469 - Trabalho 470 - Trabalho 471 - Trabalho 472 - Trabalho 473 - Trabalho 474 - Trabalho 475 - Trabalho 476 - Trabalho 477 - Trabalho 478 - Trabalho 479 - Trabalho 480 - Trabalho 481 - Trabalho 482 - Trabalho 483 - Trabalho 484 - Trabalho 485 - Trabalho 486 - Trabalho 487 - Trabalho 488 - Trabalho 489 - Trabalho 490 - Trabalho 491 - Trabalho 492 - Trabalho 493 - Trabalho 494 - Trabalho 495 - Trabalho 496 - Trabalho 497 - Trabalho 498 - Trabalho 499 - Trabalho 500 - Trabalho 501 - Trabalho			

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

## 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: 25148460  
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																ALTO	[1]				ALTO	[1]					ALTO	[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]
																		[1]					[1]						[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



## 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]

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:	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)			
<b>1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO</b>			
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
<b>5 - ESTIMULAR</b>			
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 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:

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 estavel 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		Prontuário: 3849074
Posto: POSTO EMERGENCIA		Letto: 824213/1		Peso: kg
1. CALHA OÜTALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h		CRM-11585
2. CL RATIVO GRANDE	1	24/24h		CRM-11585
3. CL RATIVO GRANDE				CRM-11585
4. VOLTAREN DUETAVEL (25.00mg/ml)	75 mg	3x/dl	(AMPL C/ 75x60)ora	CRM-10184
5. TRAMAL (50.00mg/ml)	50 mg	1 ML	(AMPL C/ 50x60)ora	CRM-10184
Profissionais: CRM-11585		JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR		
CRM-10184		MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES		

RP1541 MARCELO FERREIRA BEZERRA 10/01/2020 10:41

## 43957933

[illegible]



43957727

[illegible]

1

1 - Houghton Ave  
SAC# 0

877-860-0520

14 - Ciências na Questão

MARCUS WEAVER

2.2 - *Deletions in G*

20 - Twelve	27
1	0.2

22	23	24	25
----	----	----	----

6	02
7	02
8	02

9	02
10	02

21 • College ne tpe  
t.236126700

SECRET

CONSULTA REFERENCIAL

PROCEDIMENTOS

--	--	--



[illegible][illegible]

64 - Observações

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

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

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

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

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

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

86 - Data e Assinatura do Responsável  
10/01/2020

87 - Data e Assinatura do Responsável para Autuação  
.....

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

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

R3103ANKS-1.20

MARCELO FERREIRA BEZERRA

10/01/2020 10:40

10.1.32.205



43957873

1 - Registro Anual PMS nº 0	2 - Nome do Profissional Solicitante MARCOUS HENRIQUE BEZERRA GADIELHA LOPES	3 - Nome do Contratado S779600072000044	4 - Nome do Colaborador S779600072000044	5 - Data de Vigência da Portaria 4395187/3	6 - Tipo de Serviço Programado	7 - Data de Encerramento da Gestão 12/01/2020	8 - Nome do Contratado MARCOUS HENRIQUE BEZERRA GADIELHA LOPES	9 - Nome do Colaborador S779600072000044	10 - Nome do Colaborador S779600072000044	11 - Nome do Colaborador S779600072000044	12 - Nome do Colaborador S779600072000044	13 - Nome do Colaborador S779600072000044	14 - Nome do Colaborador S779600072000044	15 - Nome do Colaborador S779600072000044	16 - Nome do Colaborador S779600072000044	17 - Nome do Colaborador S779600072000044	18 - Nome do Colaborador S779600072000044	19 - Nome do Colaborador S779600072000044	20 - Nome do Colaborador S779600072000044	21 - Nome do Colaborador S779600072000044	22 - Nome do Colaborador S779600072000044	23 - Nome do Colaborador S779600072000044	24 - Nome do Colaborador S779600072000044	25 - Nome do Colaborador S779600072000044	26 - Nome do Colaborador S779600072000044	27 - Nome do Colaborador S779600072000044	28 - Nome do Colaborador S779600072000044	29 - Nome do Colaborador S779600072000044	30 - Nome do Colaborador S779600072000044	31 - Nome do Colaborador S779600072000044	32 - Nome do Colaborador S779600072000044	33 - Nome do Colaborador S779600072000044	34 - Nome do Colaborador S779600072000044	35 - Nome do Colaborador S779600072000044	36 - Nome do Colaborador S779600072000044	37 - Nome do Colaborador S779600072000044	38 - Nome do Colaborador S779600072000044	39 - Nome do Colaborador S779600072000044	40 - Nome do Colaborador S779600072000044	41 - Nome do Colaborador S779600072000044	42 - Nome do Colaborador S779600072000044	43 - Nome do Colaborador S779600072000044	44 - Nome do Colaborador S779600072000044	45 - Nome do Colaborador S779600072000044	46 - Nome do Colaborador S779600072000044	47 - Nome do Colaborador S779600072000044	48 - Nome do Colaborador S779600072000044	49 - Nome do Colaborador S779600072000044	50 - Nome do Colaborador S779600072000044	51 - Nome do Colaborador S779600072000044	52 - Nome do Colaborador S779600072000044	53 - Nome do Colaborador S779600072000044	54 - Nome do Colaborador S779600072000044	55 - Nome do Colaborador S779600072000044	56 - Nome do Colaborador S779600072000044	57 - Nome do Colaborador S779600072000044	58 - Nome do Colaborador S779600072000044	59 - Nome do Colaborador S779600072000044	60 - Nome do Colaborador S779600072000044	61 - Nome do Colaborador S779600072000044	62 - Nome do Colaborador S779600072000044	63 - Nome do Colaborador S779600072000044	64 - Nome do Colaborador S779600072000044	65 - Nome do Colaborador S779600072000044	66 - Nome do Colaborador S779600072000044	67 - Nome do Colaborador S779600072000044	68 - Nome do Colaborador S779600072000044	69 - Nome do Colaborador S779600072000044	70 - Nome do Colaborador S779600072000044	71 - Nome do Colaborador S779600072000044	72 - Nome do Colaborador S779600072000044	73 - Nome do Colaborador S779600072000044	74 - Nome do Colaborador S779600072000044	75 - Nome do Colaborador S779600072000044	76 - Nome do Colaborador S779600072000044	77 - Nome do Colaborador S779600072000044	78 - Nome do Colaborador S779600072000044	79 - Nome do Colaborador S779600072000044	80 - Nome do Colaborador S779600072000044	81 - Nome do Colaborador S779600072000044	82 - Nome do Colaborador S779600072000044	83 - Nome do Colaborador S779600072000044	84 - Nome do Colaborador S779600072000044	85 - Nome do Colaborador S779600072000044	86 - Nome do Colaborador S779600072000044	87 - Nome do Colaborador S779600072000044	88 - Nome do Colaborador S779600072000044	89 - Nome do Colaborador S779600072000044	90 - Nome do Colaborador S779600072000044	91 - Nome do Colaborador S779600072000044	92 - Nome do Colaborador S779600072000044	93 - Nome do Colaborador S779600072000044	94 - Nome do Colaborador S779600072000044	95 - Nome do Colaborador S779600072000044	96 - Nome do Colaborador S779600072000044	97 - Nome do Colaborador S779600072000044	98 - Nome do Colaborador S779600072000044	99 - Nome do Colaborador S779600072000044	100 - Nome do Colaborador S779600072000044
--------------------------------	---	--	---	---	-----------------------------------	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

# 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: 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 Feres

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](http://www.hapvida.com.br)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
<b>NOME</b> FRANCISCO ARNALDO DO NASCIMENTO FERREIRA	
	<b>DOC. IDENTIDADE / OPS EMISSOR UF</b> 93019011610 SSP CE
<b>CPF</b> 613.736.213-20	<b>DATA NASCIMENTO</b> 01/08/1977
<b>FIJACÃO</b> FRANCISCO JUSTINO FERREIRA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA	
<b>PERMILHAÇÃO</b> <input type="checkbox"/>	<b>ACC</b> <input type="checkbox"/>
<b>CAT. HAB.</b> AB	
<b>Nº REGISTRO</b> 05067224783	<b>VALIDADEZ</b> 16/12/2021
	<b>1ª HABILITAÇÃO</b> 29/10/2010
<b>OBSERVAÇÕES</b> SEM OBSERVAÇÃO	
<i>Assinado digitalmente a 21/12/2016</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
<b>LOCAL</b> FORTALEZA, CE	<b>DATA EMISSÃO</b> 21/12/2016
<i>Assinado digitalmente a 21/12/2016</i> ASSINATURA DO EMISSOR	84904005647 CE157109461
<b>DETRAN-CE (CEARA)</b>	

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\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

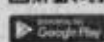
MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO



DENATRAN

Baixar 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) para solicitar a indenização.
- Se entrada no seu pedido em um dos pontos de atendimento autorizados, ou, também, ao consultar no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), diretamente pelo aplicativo do Seguro DPVAT, ou pela Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, na 4020-1594 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 022 1204 (demais Regiões).
- Apresente o andamento do seu pedido no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), no aplicativo do Guia Central de Atendimento, na 4020-1594 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 022 1204 (demais Regiões).

DOCUMENTAÇÃO COMUM A TODAS AS COBERTURAS

- Boleto de Ocorrência (BOO) ou 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.seguradoralider.com.br/seguro-dpvat/Como-Pedir-Indenizacao](http://www.seguradoralider.com.br/seguro-dpvat/Como-Pedir-Indenizacao).
- 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 Carteira Nacional de Habilitação (CNH).
- Cópia do CPF.

Acesse [www.seguradoralider.com.br/seguro-dpvat/Como-Pedir-Indenizacao](http://www.seguradoralider.com.br/seguro-dpvat/Como-Pedir-Indenizacao) e confira o detalhamento da documentação necessária para cada cobertura.

IMPORTANTE

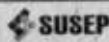
- O prazo para pagamento da indenização ou reembolso é de cinco dias, contados a partir do recebimento da documentação, completa e correta, de acordo com a cobertura escolhida.
- O período de vigência do Seguro DPVAT corresponde ao ano civil, ou seja, inicia-se em 01 de janeiro e termina em 31 de dezembro 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 a sáb, das 8h às 20h  
4020-1594 (Capitais e Regiões Metropolitanas)  
0800 022 1204 (demais Regiões)  
SAC DPVAT: 0800 022 8180  
SAC Beneficiários (seguros e de fato)  
0800 022 1206  
Central de Atendimento: 0800 021 1205  
Ouvidoria: 0800 021 9135

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)



Superintendência de Seguros Privados  
SUSEP  
www.susep.gov.br

Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, supervisão e controle dos contratos de seguro, 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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