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, 22 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210025869

Vítima: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 06/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
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

Pag. 01457/01458 - carta_02 - INVALIDEZ
00040729

Carta nº 16593862

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, 07 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210025869 **Vítima: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO**

Data do Acidente: 06/10/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

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$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R$ 2.531,25

Recebedor: **NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO**
Valor: **R$ 2.531,25**
Banco: **237**
Agência: **000000288-7**
Conta: **000000119680-4**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00221/00222 - carta_30 - INVALIDEZ
00020111

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00288-7

CONTA: 000000119680-4

Nr. Autenticação
BRADESCO0303202105000000000023700288000000119680253125 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210025869 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 06/10/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Ruptura de menisco e lesão de ligamento cruzado anterior esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 10°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões ruptura de menisco e lesão de ligamento cruzado anterior esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento de 06/10/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico e posterior fisioterapia com alta definitiva em fevereiro de 2021. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no joelho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda, parcial e incompleta do joelho esquerdo, em decorrência da diminuição da mobilidade, em grau intenso.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/02/2021

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

Seguradora LÍDER

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: 619.832.923.20
4 - Nome completo da vítima: Nalor Baltazar de Oliveira Neto

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Nalor Baltazar de Oliveira Neto
6 - CPF: 619.832.923.20
7 - Profissão: Recuso
8 - Endereço: Rua Luiz Francisco Xavier
9 - Número: 1121
10 - Complemento: Casa 10
11 - Bairro: Paupina
12 - Cidade: Fortaleza
13 - Estado: Ceará
14 - CEP: 60872-508
15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br
16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☑ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**
☐ **Banco do Brasil (001)** ☐ **Caixa Econômica Federal (104)**
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

☑ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco (237)
AGÊNCIA: 0288 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 0119680 4 (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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:
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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 18 Janeiro 2021

Nalor Baltazar de Oliveira Neto
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202174117

POLICIA CIVIL DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO DADT CEARÁ

FLS._____ RUBRICA AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 221 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/01/2021 10:30:59**
Data / Hora da Ocorrência: **06/10/2020 08:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHEK, 5495, PASSARE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO PATIO DO DETRAN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO**
Nascimento: **16/01/1980** CPF: **619.832.923-20**
RG: **96002107672** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA MARIA FERNANDES DE OLIVEIRA**
NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA FILHO
Endereço: **RUA LUIZ FRANCISCO XAVIER, 1121 CASA 10**
Bairro: **PAUPINA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.872-508**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99629-1038**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OXW1926** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR512931** Renavam: **1024430496** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **ANTONIA SANDRA GONCALVES DE CASTRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OXW-1926; QUE TRAFEGAVA PELA AV. PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHEK NA FAIXA DA ESQUERDA E AO PASSAR DENTRO DE UM BURACO NA VIA, TENTOU APOIAR SUA PERNA ESQUERDA, VINDO A FICAR LESIONADO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO NA PERNA, A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS E FOI TER ATENDIMENTO NO HOSPITAL DA UNICLINIC. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Nabor Baltazar de Oliveira Neto

VISTO DO(A) DELEGADO(A): _____

FLS.
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 221 / 2021

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

Seguradora LÍDER

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: 619.832.923.20
4 - Nome completo da vítima: Nalor Baltazar de Oliveira Neto

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Nalor Baltazar de Oliveira Neto
6 - CPF: 619.832.923.20
7 - Profissão: Recuso
8 - Endereço: Rua Luiz Francisco Xavier
9 - Número: 1121
10 - Complemento: Casa 10
11 - Bairro: Paupina
12 - Cidade: Fortaleza
13 - Estado: Ceará
14 - CEP: 60872-508
15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br
16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☑ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**
☐ **Banco do Brasil (001)** ☐ **Caixa Econômica Federal (104)**
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

☑ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco (237)
AGÊNCIA: 0288 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 0119680 4 (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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:
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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 18 Janeiro 2021

Nalor Baltazar de Oliveira Neto
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição: 006144675

DADOS DO CLIENTE

NABOR BALTAZAR DE O FILHO
RUA LUIZ FRANCISCO XAVIER, 1121, CS-10, PAUPINA
FORTALEZA - CEP: 60872-500

Codificacao: 001.050.0118.5215.0035.00.00

ECONOMIAS

Residencial	Comercial	Industrial	Publica
001	000	000	000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A10F097562	609	618	9	9

DATAS

Leitura atual: 06/03/2020 Emissao: 06/03/2020 Lacre agua: 3014200
Leitura anterior: 06/02/2020 Proxima leitura: 06/04/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2020

Nº de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	510	510	121	510	510
Analisadas	534	533	534	534	534
Em conformidade	532	531	534	514	532

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)
AGUA	40,30
JUROS DE 0,033% AO DIA	0.57
MULTA DE 2%	0.81
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0.07

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
mar/19	8	0
abr/19	6	0
mai/19	9	0
jun/19	9	0
jul/19	7	0
ago/19	10	0
set/19	9	0
out/19	8	0
nov/19	8	0
dez/19	9	0
jan/20	11	0
fev/20	9	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)
PIS	0.40
COFINS	1.99

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R$)
VALOR DO SERVICO	42.55
VALOR DO SUBSIDIO	0.80
VALOR TOTAL A PAGAR	41.75

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
03/2020	23/03/2020	41,75

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): 12 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua continuidade. Agua tratada e saude
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS

Emissao: Imediatamente Imei:352623050953383 Lei:15026 Data:06/03/2020 H:07:56:16 R:028 Via:001

magazineluiza
vem ser feliz

PC -00

00204987

CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO
R METON DE ALENCAR 106
ALTOS - CENTRO
60035-160 FORTALEZA - CE

mastercard
Nacional

Resumo da fatura em R$

Total da fatura anterior	591,94
Pagamento efetuado em 04/02/2020	-591,94
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	559,03
Total desta fatura	**559,03**

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Postagem: 27/02/2020
Vencimento: 07/03/2020
Emissão: 26/02/2020
270220 Fechamento próxima fatura: 26/03/2020

Titular **CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO**
Cartão **5307.XXXX.XXXX.8301**

Pra que esperar a fatura impressa? Mude já para a Fatura Digital. Acesse: magazineluiza.com.br/luizacred > Cartão Luiza > Fatura Digital

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos numeros abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Charles Robson Dias de Araújo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 043 . 210 . 663 / 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nabor Baltazar de Oliveira Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 619.832.923/20, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez / dam's da Vítima Nabor Baltazar de Oliveira Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 619.832.923 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: Rua: Meton de Alencar		Número: 106	Complemento: Altos
Bairro: Centro	Cidade: Fortaleza	Estado: Ce	CEP: 60.035.160
E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br			Tel.(DDD): (085) 98762-7530

Local e Data: Fortaleza, 18 Janeiro de 2021

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: Nabor Balbosa Oliveira N. Unidade / Serviço: P 4.

Leito: 402-2 8002-1 Admissão: 07 / 11 / 20

DIA	HORA	Temp. Pulso p/ min. (BPM)	RESP.	Pressão Arterial Max.	Pressão Arterial Min.	DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
07/11/20	18:00	35.1°	18	110	80			[illegible]
07/11/20	23:00	36 / 80	19	120	80			[illegible]
08/11/20	06:00	35.7 / 80	18	120	80			[illegible]
08/11/20	23:00	36.6 80	20	140	70			[illegible]
09/11/20	06:00	36.5 86	20	130	80	—	—	[illegible]
09/11/20	12:00	36.4° 78	19	120	80			[illegible]
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

OBS:01 AMPOLA DE DIPROSPAN ✓
13-RETIRADA DE MANGUITO PNEUMÁTICO
14- MATERIAL UTILIZADO:
01-EQUIPO DE BOMBA PARA ARTROSCOPIA ✓
01-DISPOSITIVO DE SUTURA MENISCAL ✓
01- PONTEIRA DE SHAVER PARTES MOLES ✓
01-AGRAF ✓
02-PARAFUSOS DE INTERFERENCIA EM BIOABSORVÍVEL ✓
10- SF 0,9% 1000ML ✓
1-AMPOLA DE DIPROSPAN ✓
01-ETHIBOND Nº 5 ✓
VICRYL 2.0 J 33 ✓
NYLON 2.0 ✓
NYLON 3 ✓

1º Vanessa de Jesus Filho
Enfermeira Coren: 7448
Circulante de Sala

BOLETIM DE GA[illegible] COM ANESTESIA

ITENS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA ANESTESIA

SOLUÇÕES	UNID	QTDE
Soro Fisiológico 0,9% 100ml	unid	
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	unid	
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	unid	1 ✓
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	unid	
Soro Glicofisiológico 0,9%-500ml	unid	
Soro Glicosado 5% 500ml	unid	
Frutose 5% 500ml	unid	
Ringer Lactato 500ml	unid	3
SANGUE-HEMODERIVADOS	**UNID**	**QTDE**
Albumina	unid	
Sifo	unid	
Hemácias	unid	
Plaquetas	unid	
Plasma	unid	
MATERIAIS	**UNID**	**QTDE**
Abocath nº	unid	1 ✓
Agulha desc. Para raqui nº	unid	1 ✓
Agulha desc. Pandumi nº	unid	
Cal Sedada		
Cateter para O2 Tipo Óculos	unid	
Eletrodos	unid	6
Equipo para BIC	unid	
Equipo para soro com Injetor Lateral	unid	1 ✓
Extensor de 30cm	unid	1 ✓
Extensor de 40cm	unid	
Extensor de 60cm	unid	
Extensor de 120cm	unid	
Perfusor de 120cm	unid	
Sonda de Aspiração Traqueal nº	unid	
Sonda Endotraqueal	unid	
Torneira Three-Way	unid	✓
OBRIGATÓRIO JUSTIFICAR	**UNID**	**QTDE**
Agulha estimulplex	unid	1 ✓
Ciprofloxacino 200mg - 200ml	unid	
Ciprofloxacino 400mg - 200ml	unid	
Flagyl 500mg - 100ml	unid	
Ipsilon 4gr	amp	
KIT PAM (transdutor de pressão)	unid	
Lanoxal 0,5mg	amp	
Narcoin 10mg/ml	amp	1 ✓
Narcoin 7,5mg/ml	amp	
Nausedron 4mg - 2ml	amp	
Nimbium 10mg	amp	
Ranitozol 40mg	amp	
Propofol 1% - 20ml	amp	
Rocefin 1gr	amp	
Sensor Gis	unid	
Sevorane	ml	
Sonda Endotraqueal Armada nº	unid	
Sonda Nasogástrica	unid	
Tubo Cardiac	unid	
Tubo Polar	unid	
Vancomicina 500mg	amp	
Manitol 20% - 250ml	unid	
Aramin 10mg/ml - 1ml	amp	
Fosfato de Clindamicina 150mg/ml - 4ml	amp	
Dopamina 5mg/ml - 10ml	amp	
NÃO OBRIGATÓRIO JUSTIFICAR	**UNID**	**QTDE**
Ultiva 5mg	amp	
Buscopan Composto 4mg/ml - 5ml	amp	
Dramin B6 5mg/ml - 10ml	amp	
Buscopan Simples 20mg/ml - 1ml	amp	

MEDICAMENTOS	UNID	QTDE
Adelat Retard 10mg	amp	
Adrenalina 1mg	amp	
Água Bidestilada 20ml	amp	
Atropina 0,25mg - 1ml	amp	
Bevitra 40mg	amp	
Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4%	amp	
Clonidin 150mcg	amp	1 ✓
Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml	amp	1 ✓
Diazepan 10mg	amp	
Dimed 10ml	amp	
Dimorf 2ml	amp	
Dimorf BP 0,2mg	amp	1 ✓
Dipirona	amp	2 ✓
Diprospan	amp	
Dolantina 100mg	amp	
Dopamina 500mg	amp	
Dormonid 5mg 15-gr 2-gr	amp	1 1
Eterill 10mg	amp	
Etomidato 20mg	amp	
Fentanil 10ml - 0,50mg	amp	
Fentanil 2ml	amp	1
Fentanil 5ml	amp	
Glicose 25%	amp	
Glicose 50%	amp	
Halotano	amp	
Heparina 25,000ui	amp	
Ipsilon 1gr	amp	
Kefazol 1gr	amp	2 ✓
Keflin 1gr	amp	
Kelamin 50mg	amp	
Lasix 10mg	amp	
Lidocaína 2% c/ vaso - 20ml	amp	
Lidocaína 2% s/ vaso - 20ml	amp	
Narcan 0,4mg	amp	
Neocaína 0,5% c/ Epinefrina - 20ml	amp	
Neocaína 0,5% s/ Vasocons - 20ml	amp	
Neocaína Isobárica 0,5%	amp	
Neocaína Pesada 0,5%	amp	1 ✓
Omeprazol 40mg	amp	
Plamet 5mg/ml	amp	1 ✓
Plasil 5mg	amp	
Profenid 100mg EV	amp	1 ✓
Prostigmine 0,5mg	amp	
Quelicin 100mg	amp	
Ranitidina	amp	
Raptan 25mg	amp	
Reactron 50mg - 5ml	amp	
Solumedrol 100mg	amp	
Solumedrol 500mg	amp	
Sufenta 1ml	amp	
Sufenta 2ml	amp	
Superan 50mg - 3ml	amp	
Tramal 100mg	amp	
Tramal 50mg	amp	
Transamin 50mg	amp	
Vitamina K	amp	
Sulfato de Magnesio 50% - 10ml	amp	
Noradrenalina 2mg/ml - 4ml	amp	
Lidocaina tópica 2% - 5ml	amp	
APARELHOS	**UNID**	**QTDE**
Bomba de Infusão	hora	
Bomba de Seringa	hora	
Capnógrafo	hora	
Cardioscópio (ECG)	hora	3 ✓
Monitor (PNI)	hora	3 ✓
Oximetro	hora	3 ✓
GASES	**UNID**	**QTDE**
Ar Comprimido	hora	
Óxido Nitroso	hora	
Oxigênio	hora	3 ✓

JUSTIFICATIVA MÉDICA

Dr. Pedro Augusto Oliveira Capelo
Anestesiologista
CRM 11167 TEOE 6354

ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Pedro A. O. Capelo
CRM 11167
ANESTESIOLOGISTA

Dr. Pedro A. O. Capelo
CRM 11167
ANESTESIOLOGISTA

NOME DO PACIENTE: Nalon Soltagon Oliveira Jr.to 40 anos

CONVÊNIO: Unimed (.4072)

HORA	Tax(ºC)	FR(rpm)	SpO_2	PASxPAD (mmHg)	PAM	FC(bmp)	Dx(mg/dl)
11:50	34,4	17	100	110x71	89,55		
12:05	35,1	17	100	120x71	87,35		
12:20	35,2	12	100	114x70	89	62	
12:35	35,5	17	100	101x73	82	62	
12:50	36,0	17	100	101x75	83	65	
:				x			
:				x			
:				x	

CLÍNICA
DR VAGNER PAIVA
ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA

☎ 85 3226.4242 ▯ 85 99730.8338
Rua Gonçalves Ledo, 679- Aldeota - (próximo ao Colégio Militar)

Ortopedia Joelho
Dr. Vagner Paiva Filho
Ortopedia Pé
Dr. Rafael Botelho
Dr. Davi Marinho
Ortopedia Ombro
Dr. Vandick Queiroz
Dr. Alano Benevides
Ortopedia Mão
Dr. Saulo Rodrigues
Cirurgia Vascular
Dr. Pedro Neto
Ortopedia Geral
Dr. Rômulo Férrer
Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia Coluna
Dr. Lucas Higino
Pneumologia
Dra. Micheline Paiva
Urologia
Dr. Everton de Castro
Nutrologia
Dra. Lorena Martins
Fisioterapia
Pilates

Laudo médico

Paulo Melchior Belazar de Oliveira Neto CPF: 619832923-20, sofreu acidente moto dia 6/10/20 onde sofreu lesão ligamento cruzado anterior e menisco medial do joelho esquerdo. Foi submetido a reconstrução do ligamento cruzado anterior e sutura meniscal medial do joelho (E). dia 7/11/20.

CID: S835 / S83.2

Ant°. Vagner M Paiva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Cirurgia de Joelho

Vagner Paiva Filho

Convênios 16/12/20

UNIMED - CAMED - ASSEFAZ - CAFAZ - SULAMÉRICA - POSTALSAÚDE - GEAP - AMIL - CAPSAÚDE - SAÚDE CAIXA - CASSI - ISSEC - IPM - FACHESF
BRADESCO - MEDSERVICE - INTERMÉDICA - NOTREDAME - FAMED - FUSEX - CONSULTA PARTICULAR

CLÍNICA
DR. VAGNER PAIVA
ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Vagner Paiva Filho
CRM: 7443 UF: CE
Endereço: Rua Gonçalves Ledo, 679
Aldeota
Cidade: Fortaleza UF: CE
Telefone: 3226.4242

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMACIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Dr. Vagner M. Paiva Filh
Ortopedia CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Nazor Barbosa de Oliveira Neto
Endereço: Luiz Francisco Xavier 1121 casa 10
Parquelândia

Prescrição:

Uso oral - anti-inflamatório

℞ Arcoxia 90mg 7 caixa
Tomar 1 comprimido ao dia por
por 7 dias.

Data: 7/11/2020

NÃO AUTORIZO A TROCA DESSE MEDICAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: NAZOR BARBOSA DE OLIVEIRA NETO
Ident: 9600210767 2 Org. Emissor: SSDP
End: R/ Luiz Francisco Xavier Nº 1121 casa 10 B/ Parquelândia
Cidade: Fortaleza UF: CE
Telefone: CEL: 992199471
996291038

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /

CLÍNICA
DR VAGNER PAIVA
ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Vagner Paiva
CRM: 7443 UF CE
Endereço: Rua Gonçalves Ledo, 679
Aldeota
Cidade: Fortaleza UF: CE
Telefone: 3226.4242

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Int° Vagner M. Paiva Filho
Ortopedia CRM: 7443
Coluna ao Joelho

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Victor Baltazar de Oliveira Neto
Endereço: Luiz Francisco Xavier 1121 Casa 10
Prescrição: Palmeira
Uso oral - antibiótico

℞ Defezim 500mg 1 cápsula
Tomar 1 comprimido ao dia por 03 dias

NÃO AUTORIZO A TROCA DESSE MEDICAMENTO

Data: 07/11/2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Victor Baltazar de Oliveira Neto
Ident: 99201062 Org. Emissor: SSP
End: Luiz Francisco Xavier 1121 Casa 10
Cidade: Palmeira UF: CE
Telefone: 085 992199411
085 992171038

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: __/__/__

CLÍNICA
DR VAGNER PAIVA
ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Vagner Paiva Filho
CRM: 7443 UF CE
Endereço: Rua Gonçalves Ledo, 679
Aldeota
Cidade: Fortaleza UF: CE
Telefone: 3226.4242

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Antº Vagner M. Paiva Filho
Ortopedia CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Nabor Baltazar de Oliveira Neto
Endereço: Luiz Francisco Xavier 1121 Casa 10
Palpina

Prescrição:

Uso Local antissepticos

Rp/ Ripolina spray — 1 frasco
aplicar 8x ao dia na ferida operatória
+ [illegible]

NÃO AUTORIZO A TROCA DESSE MEDICAMENTO

Data: 4/11/2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO
Ident: 9600210678 Org. Emissor: SSDP
End: R/ LUIZ FRANCISCO XAVIER Nº 1121 CASA: 10 / PAUPINA
Cidade: FORTALEZA UF CE
Telefone: 085: 992199471
085: 996291038

CEP: 60872530

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /

CLÍNICA
DR VAGNER PAIVA
ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Vagner Paiva Filho
CRM: 7443 UF CE
Endereço: Rua Gonçalves Ledo, 679
Aldeota
Cidade: Fortaleza UF: CE
Telefone: 3226.4242

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Dr. Vagner M. Paiva Filho
Ortopedia CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Nabor Baltazar de Oliveira Neto
Endereço: Luiz Francisco Xavier 1121 casa 10
Prescrição: Paliga
uso oral - analgésico
Rx/ Codex 30 mg 1 caixa
Tomar 1 comprimido 12/12 hs
cada vez

NÃO AUTORIZO A TROCA DESSE MEDICAMENTO

Data: 07/11/2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO
Ident: 9600210767 2 Org. Emissor: SSDP
End: R/ LUIZ FRANCISCO XAVIER 1121 CASA: 10
Cidade: FORTALEZA UF: CE
Telefone: 085 992199971
085 996291038

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: __/__/__

CLÍNICA
DR VAGNER PAIVA
ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA

☎ 85 3226.4242 ▯ 85 99730.8338
Rua Gonçalves Ledo, 679- Aldeota - (próximo ao Colégio Militar)

Nabor Baltazar Oliveira Neto

Uso oral - anticoagulante

1R) Xarelto 10mg 1 caixa
Tomar 1 comprimido ao dia por 10 dias

Vagner Paiva Filho
Ortopedia
CRM-CE 7443
Cirurgia do Joelho

07.11.2020

Ortopedia Joelho
Dr. Vagner Paiva Filho
Ortopedia Pé
Dr. Rafael Botelho
Dr. Davi Marinho
Ortopedia Ombro
Dr. Vandick Queiroz
Dr. Alano Benevides
Ortopedia Mão
Dr. Saulo Rodrigues
Cirurgia Vascular
Dr. Pedro Neto
Ortopedia Geral
Dr. Rômulo Férrer
Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia Coluna
Dr. Lucas Higino
Pneumologia
Dra. Micheline Paiva
Urologia
Dr. Everlan de Castro
Nutrologia
Dra. Lorena Martins
Fisioterapia
Pilates

Convênios
UNIMED - CAMED - ASSEFAZ - CAFAZ - SULAMÉRICA - POSTALSAÚDE - GEAP - AMIL - CAPSAÚDE - SAÚDE CAIXA - CASSI - ISSEC - IPM - FACHESF
BRADESCO - MEDSERVICE - INTERMÉDICA - NOTREDAME - FAMED - FUSEX - CONSULTA PARTICULAR

HOSPITAL uniclinic

FICHA DE ATENDIMENTO

Retorno

Atendimento	1.727.201	Prontuário	231545
Paciente	Nabor Baltazar Oliveira Neto	Idade	40 anos e 11 meses Data Nasc. 16/01/1980
Segurado	Nabor Baltazar Oliveira Neto	Fone	996291038
Convênio	UNIMED	Val.Carteira	01/09/2023
Plano	UNIFLEX INDIVIDUAL	Identidade	96002107672
Matricula	00630020061175366 Cartão Saúde	Bairro	Messejana
Endereço	Luis Francisco Xavier , 1121	Cidade	Fortaleza
Complemento	Cs 10	Sexo	Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor	Emergencia-Pronto Socorro	Medico/C.d	Antonio Vagner M Paiva Filho
Atendente	Adriana Araujo de Moura	Data	06/10/2020 - Terça-feira
Especialidade	Traumatologia	Hora	10:26:31
Classificação	Consulta	Carater	**URGENCIA**

Queixa Principal TRAUMA NO JOELHO ESQ (ACIDENTE DE MOTO)

HDA: dorso do joelho e ferida [illegible] - solicita RX

PROCEDIMENTO: e RX.

Alta acidente de moto (SIC)

DIAGNOSTICO

Dr. Antonio Vagner M Paiva Filho (CRM 7443)

Ant. Vagner M. Paiva Filho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

Data	Classe	Médico/Dentista	Anamnese	
04/10/2020	Consulta	Dr. Vicente de Paulo	ENTORSE TORNOZELO ESQ. DECADRON SF100ML EV.	PROFENID SF100ML EV.
29/09/2020	Retorno	DR. DEGINALDO HOLANDA CHAVES	CONTUSÃO JOELHO ESQ.	PROFENID SF100ML EV, DIPIRONA AD EV.
26/09/2020	Consulta	Dr. Malos Nunes Teofilo	CONTUSÃO JOELHO ESQ. RX JOELHO ESQ AP/P. SF100ML EV, DIPIRONA AD EV.	PROFENID

05.867.015/0001-75
UNIÃO DAS CLINICAS DO CEARÁ LTDA.
Av. Aguanambi, 332
Fátima - CEP 60.055-402
Fortaleza - Ceará

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL
Anna Alice

SERVIÇO REGISTRAL DE MESSEJANA | SILVANA MARY PAIVA GOMES - Oficiala
Rua Dona Rosalia, nº 27 • Fone: (85) 3284-1917 / (85) 3474-0310 • CEP 60871-660 • Messejana
Fortaleza • Ceará • E-mail: cartorionotarial@yahoo.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de (03077224029-04) 3
NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 07 de dezembro de 2020.
Em testemunho da verdade
STEFANIA MARIA GOMES SILVEIRA - Oficial Substituta
Válido somente com o selo de autenticidade
Selo: [illegible]
Stefania Maria Gomes Silveira
SUBSTITUTA
Serviço Registral de Messejana
CARTÓRIO DE MESSEJANA
Messejana - Fortaleza - Ceará

2ª 22 DEZEMBRO 2020

SELO DE AUTENTICIDADE
Válido somente com o selo de autenticidade

07/12/2020

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

Av: Aguanambi Nº332
Bairro: Fátima
CEP: 60055402
Tel: 3311-6000

At. 1738382

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO — Interno / Outras

CPF	RG	IDADE	E.CIVIL	SEXO
61983292320	9600210767	40	SOLTEIRO	MASC.

ENDEREÇO	FONE	BAIRRO	DATA NASC.
R/ LUIZ FRANCISCO XAVIER Nº 1121 CS:10	85: 99629 1038	PAUPINA	16/01/80

CIDADE	CEP	UF	NATURALIDADE
FORTALEZA	60872530	CEARÁ	BRASILEIRO

PAI	MÃE
NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA FILHO	RAIMUNDA MARIA FERNANDES DE OLIVEIRA

MÉDICO RESPONSÁVEL	CRM	DATA INTERNAÇÃO
DR: VAGNER PAIVA	7443	07/NOV/20

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME	RG	CPF

PROFISSÃO	PARENTESCO	FONE

ENDEREÇO	BAIRRO	CIDADE	CEP	UF

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do **Prontuário** do PACIENTE acima descrito, para _____, assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações médicas existentes no Prontuário.

Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.

Fortaleza(Ce), 07 DE DEZEMBRO DE 2020.

Cartório de Messejana

PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PDA

Atendimento: 1.738.382
Prontuário: 231.545
Data/Hora: 07/11/2020 05:44

Nome: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Tratamento: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Estado Civil: Casado
Nome Pai: Nabor Baltazar de Oliveira Filho
Nascimento: 16/01/1980
Endereço: Luis Francisco Xavier , 1121 Messejana Cs 10
Bairro: Messejana
Naturalidade:
Nome Mãe: Raimunda Maria Fernandes de Oliv
Idade: 40 Anos
Cidade: Fortaleza
Estado:
Sexo: Masculino
CPF: 61983292320
Identidade: 95002107572
Telefone: (85) 996291036
Dt Entrada: 07/11/2020
Dt Alta: 09/11/2020 às 14:55

Acomodação
Enfermaria

Unidade
407-2

Plano de Saúde
Nome: UNIMED
GIH:
Autorização: 132816194
Empresa:
Cód.Usuário: 00639020061175300

Responsável
Nome: Sandra Oliveira
Endereço: Luis Xavier , 1121 Messejana Cs 10
RG:
CPF: 61983292320
Parentesco:
Telefone 1: não digitado
Telefone 2: 988724818
Telefone 3: não digitado

FATURAMENTO UNICLINIC
RECEBIDO EM:
13 / 11 / 2020

auditado
17/11/20

Nome:
Endereço:
RG:
CPF:
Parentesco:
Telefone:
Celular:
Telefone:

J6.11.20

Procedimento: Paciente com lesão do ligamento cruzado anterior em joelho E. Será submetido a procedimento cirúrgico.

HDA:

Diagnostico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente ou responsável, Sr(a) Nabor Baltazar Oliveira Neto, CPF n° 61983292320, aqui declarado, internado neste Hospital, assume, perante este ato o responsabilidade pelo pagamento de procedimentos cirúrgicos, medicamentos materiais e alimentação especializada, que venham se tornar necessários durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por seu plano de saúde, afirma também ter conhecimento que o Hospital Uniclinic não se responsabiliza por valores em dinheiro e objetos pessoais deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não havendo, desta forma, qualquer comprometimento, por parte da instituição, nos danos/furtos ocorridos durante a sua permanência em mesmo.

Responsável pelo Atendimento
Maria Viviane Vieira Freitas

Paciente ou Responsável

uniclinic

PRESCRIÇÃO MEDICAÇÃO 07/11/2020

Layane Régia de Lima Martins
COREN-CE 578.046 - ENF

Paciente NABOR BALTAZAR OLIVEIRA NETO		Leito 407-2	-Médico: VAGNER PAIVA FILHO	Credenciamento UNIMED	INTERNAÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	MATERIAL UTILIZADO
1-DIETA BRANDA APÓS ÀS 14 HS E QUANDO BEM ACORDADO	SND	Ser.20 cc:
2- SRL 2000ML 42GTS/MIN EV	14 / 20 / 02 / 08	Ser.1+0 cc:
3-KEFAZOL 1G +100ML SF EV 8/8HS	17 01 09	Ser.3 cc:
4-TRAMAL100MG +250MLSF EV 8/8HS0	14 / 21 / 05	Ser.5 cc:
5-DIPIRONA 2AMP +20CCABD EV 6/6H	18 / 24 / 06	Ser.7 cc:
		Ser.3 cc:
6-PROFENID100MG+100ML SF EV 12/12HS	21 / 09	Agulha 40/12:
7-PLAMET 2ML +20CC ABD EV 8/8H SE NAUSEAS	SN	Ser.3 cc:
8-PUNÇÃO COM JELCO	SN	Agulha 13/4,5:
9-NÃO FAZER CURATIVO	01	Equipo:
10- SINAIS VITAIS	Rotina	Equipo c/lat:
		Soro Fisio 100ml:
		Soro Glico100ml:
		Abd 500ml p/02:
		S. Aspiração:
— SUA SE NECESSÁRIO	20/30 / 01/25	

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

BOMBA DE INFUSÃO			OXIGÊNIO
MED.	LIG.	DES.	LIG.
			DES.

GLICEMIA		
HORA	VALOR	INSULINA

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 04.11.2020 POSTO: 407-2 LEITO: 04

NOME: Nabor Baltazar Oliveira

CONVÊNIO: IMT

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

( ) Zero Para:

Observações:

Jg. 7:40ms Aceita adutido VO c.c.

Pereira
790036

SIMegento.

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

( ) Zero Para: /

Observações: (A) 06:00 h pete cat-
mitido apto 04-L-407-2 para
realização ururgia (Artrose-
me) Lúcia, Endobrazos +
DM, insulina, orientação, dian-
bita, sem intercorrência, bom
DM descuidado e [illegible]
de sinais, PA 130x80 8:30
sem ajuda de [illegible]
BM?
OT sem alta.

JULIMIRE COSTA SILVA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-CE 001.130.994

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

JULIMIRE COSTA SILVA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-CE 001.130.994

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 7/11/20 POSTO: 04 LEITO: 407.2

NOME: Nabon Baltazar divina

CONVÊNIO: UNIMED

TURNO: Mt.

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

( ) Zero Para:

Observações:

07:30 pact encaminhado CCG.

Geovana Serpa Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN CE 089.314.280

às 7:33hs pact admitido no CC.

190036

às 13:10hs pacte encaminhado ao leito.

190036

às 13:15 - pact retornou ao leito.

Geovana Serpa Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN CE 089.314.280

Assinatura e COREN:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

( ) Zero Para:

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

M. Simoni de Almeida
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 747.500

Assinatura e COREN:

HOSPIT uniclinic
O hospital de sua vida

Evolução Paciente

Paciente	Nabor Baltazar Oliveira Neto		
Data Nascto.	16/01/1980 40 Anos	Atendimento	1.738.382
Sexo	Masculino	Prontuário	231.545
Telefone	996291038	DL Entrada	07/11/2020 05:44:14
Leito	407-2	Convênio	UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/11/2020	Enfermeiro	Evolução		Ana Patricia Pereira da Silva	

Enfermeiro(a): Ana Patricia Pereira da Silva Enfermeiro(a)

Data Internação: 07/11/2020 05:44:14 Entrada na Unidade:

ADMISSÃO UNIDADE POSTO 4
HD: PRE OP DE JOELHO

- Nível de conciência/orientação ( ):CONSCIENTE, ORIENTADO
- Locomoção ( ):DEAMBULA
- Padrão respiratório ( ):EUPNEICO EM AA
- PA ( ):NORMOTENSO
- Dieta ( ):ZERO
- Incisão cirúrgica( ):---
- Venóclise e disposição de infusão ( ):---
- Lesões ( ):PELE INTEGRA PARA LPP
- Eliminações urinárias e fecais ( ):PRESENTE
- Queixas ( ):SEM
- Pulsação ( ):BOA

ÀS 06:00 PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 4, PROVENIENTE DA RECEPÇÃO.
NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.
ORIENTADO QUANTO AO BANHO COM CLOREXIDINA DEGERMANTE E RETIRADA DE ADORNOS.
SEGUE ESTÁVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
AGUARDA CHAMADO DO CC.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Ana Patricia Pereira da Silva
COREN-CE 548.191 - ENF

Ana Patricia Pereira da Silva /

HOSPITAL uniclinic
O hospital de sua vida

Evolução Paciente

Paciente	Nabor Baltazar Oliveira Neto	Atendimento	1.738.382
Data Nasc.	16/01/1980 40 Anos	Prontuário	231.545
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	07/11/2020 05:44:14
Telefone	996291038	Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 03		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/11/2020	Enfermeiro	Evolução		Layane Regia Lima Martins	

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Enfermeiro(a): Layane Regia Lima Martins Enfermeiro(a)

Evolução MT

- Diagnóstico: PRÉ ARTROSCOPIA JOELHO E
- Especialidade: CIRURGICO

Exame Fisico
1. Neuro: CONSCIENTE, ORIENTADO
2.Respiratório: EUPNÉICO, AA
3.Cardiovascular: NORMOTENSO
4.Digestivo: ZERO
5.Renal: ESPONTÂNEA
6.Tegumentar: PELE ÍNTEGRA P/ LPP
7.Dispositivos:
8.Antimicrobianos:

Condutas/Intercorrencias
-
PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
EM DIETA ZERO PARA PROCEDIMENTO
ÀS 07:30 H PACIENTE ENCAMINHADO AO CC
ÀS 13:15 H PACIENTE RETORNOU DA SR.

Layane Régia de Lima Martins
COREN-CE: 578.046 - ENF.

Layane Regia Lima Martins /

CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL uniclinic
O hospital de sua vida

Evolução Paciente

Paciente	Nabor Baltazar Oliveira Neto	Atendimento	1.738.382
Data Nascto	16/01/1980 40 Anos	Prontuário	231.545
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	07/11/2020 05:44:14
Telefone	996291038	Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	402-1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/11/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva Maciel	

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Enfermeiro(a): Gessilene Antonia Silva Maciel Enfermeiro(a)

Evolução SN 07/11/2020

- Diagnóstico: PO ARTROSCOPIA JOELHO E
- Especialidade: CIRURGICO

Exame Físico
1. Neuro: CONSCIENTE, ORIENTADO
2.Respiratório: EUPNÉICO, AA
3.Cardiovascular: NORMOTENSO
4.Digestivo: VO
5.Renal: ESPONTÂNEA
6.Tegumentar: PELE ÍNTEGRA P/ LPP
7.Dispositivos: AVP
8.Antimicrobianos: KEFAZOL D01 IN:07/11

Condutas/Intercorrencias
:
PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
MANTENDO CURATIVO DE FO, INTEGRO
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pendências
:

Gessilene Antonia Silva Maciel /

Ás 20:30 realizado passagem de SVA Nº 14 com êxito. Drenado 600 ml de diurese.

Ás 06:25 realizado passagem de SVA Nº 14 com êxito. Drenado 800ml de diurese

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

GIA: 132816194

uniclinic

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

1738382

NOME: NABOR BALTAZAR OLIVEIRA NETO			
CLÍNICA:CIRURGICA	CATEGORIA: MED	CATEGORIA:	LEITO 407-2
DATA: 07/11/2020		CIRURGIÃO: Dr VAGNER FILHO	
1º AUXILIAR: DR: RÔMULO FERRER		2º AUXILIAR:	
ANESTESISTA: PEDRO CAPELO		TIPO DE ANESTESIA:RAQUE+SEDAÇÃO	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, LESÃO MENISCAL MEDIAL, CONDROPATIA E SINOVITE EM JOELHO ESQUERDO

TIPO DE OPERAÇÃO:RECOSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR COM TRANSPOSIÇÃO TENDINOSA E RECONSTRUÇÃO DO PIVOT CENTRAL, SUTURA MENISCAL MEDIAL, CONDROPLASTIA E SINOVECTOMIA PARCIAL EM JOELHO ESQUERDO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA: O MESMO

EXAME RADIOLÓGICO DO ATO: RAIO X

ACIDENTES E INCIDENTES: NAO

CONTAGEM DAS COMPRESSAS:INOT: 30

INÍCIO DA CIRUR.: 08:40	TÉRMINO: 11:40	DURAÇÃO: 3h
INÍCIO DO OXIG.: 08:40	TÉRMINO: 11:40	DURAÇÃO: 3h
GIH:	CID:	MIN. C/ ACRÉSCIMO:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:	MIN. C/ ACRÉSCIMO:

ANESTESISTA (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS):NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO:

1-PACIENTE EM DECUBITO DORSAL

2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

3-EXSANGUINAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MANGUITO PNEUMÁTICO

4-PORTAIS MEDIAL E LATERAL PARA ARTROSCOPIA

5-VISUALIZAÇÃO DE LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIORE, LESÃO MENISCAL MEDIAL SEM APARENTE LESÃO DO TIPO RAMP LESION MAS LESÃO NO CORNO POSTERIOR DE 1CM LESÃO CONDRAL NA PATELA GRAU-I DE 1CM² E SINOVITE

06- REALIZADO SUTURA MENISCAL MEDIAL COM DISPOSITIVO DE SUTURA SEQUENT 4PONTOS, CONDROPLASTIA E SINOVECTOMIA PARCIAL

6-INCISÃO ANTERO MEDIAL EM PERNA EQUERDA DE 2,5CM COM RETIRADA DE ENXERTO SEMITENDINOSO E GRÁCIL

7-CONFECÇÃO DE TÚNEL TIBIAL DE 9MM E FEMORAL DE 9MM

8-PASSAGEM DE ENXERTO POR TÚNEIS FEMORAL E TIBIEL

9-FIXAÇÃO DE ENXERTO NO FÊMUR COM PARAFUSO DE INTERFERENCIA BIO ABSORVÍVEL

10-FIXAÇÃO DE ENXERTO NA TÍBIA COM PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA BIOABSORVÍVEL E COLOCAÇÃO DE AGRAF

11-FECHAMENTO POR PLANOS, CURATIVO COM CREPOM,GAZE ACOLCHOADA E RX DE CONTROLE

UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: NABOR BALTHAZAR OLIVEIRA NETO

AP/ENF: 407 | LEITO: 2 | CONVÊNIO: UNIMED

CIRURGIÃO: | DATA: 07 / 11 / 2020

IDADE: 40 | PESO: | ALTURA: | SEXO: M | PULSO: 80 | RESPIRAÇÃO:

PA: 13 x 8 | TIPO SANGUINEO: | HEMACIAS: | HEMOGLOBINA:

HEMATÓCRITO: | GLICEMIA: | URÉIA:

AP. RESPIRATÓRIO: | ASMA: | BONQUITE:

AP. CIRCULATÓRIO: | ECG: Normal

AP. URINÁRIO: NOR | URINA:

AP. DIGESTIVO: | DENTES: | PESCOÇO:

ALERGIAS: Nega

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

ANESTESIAS ANTERIORES:

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

PAM:

HORÁRIO: 8h40 | 11 40'

Agente Anestésico:

Líquidos: soros, hemoderivados e etc.

PULSO ▲▼ | TEMP. -ooo- | PVC ▼ | PA ♥ | ANEST. XXXX | OP.

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO:

AGENTE:

TÉCNICA:

CIRURGIA:

CIRURGIÕES: Wagner

ANESTESISTA(S): Pedro

INTERCORRÊNCIAS: 0

INDUÇÃO

Satisfatória: | Excitação:
Tosse: | Lenta:
Náuseas: | Vômitos:

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisfatória: Sim (✓) Não( )
Paciente para o leito com cânula:
Sim( ) Não( )
Perda Sanguínea Aprox.: ____ ml
Obstrução: ____ CO2 ____
Náuseas: ____
Vômitos: ____
Outros: ____

Dr. Pedro Augusto Oliveira Capelo
Anestesiologista
CRM 11167 | RQE 6354

Assinatura do Anestesista/CRM

UNICLINIC ONE PLUS CÓPIA ORIGINAL

Hospital Unicliniс

Boletim de Gastos na Sala de Cirurgia Circulante

Prontuário 231.545

Nome do Paciente: Nelson Balazar Molina Neto — Nº J. 738342

Data: 07/11/2020 — Leito: 402-B — Convênio: Sinimed

Tipo de Cirurgia: Reconstrução Ligamentar + Fixação do pivot central, cultura meniscal medial, condroplastia e sinovectomia parcial do compartimento lateral. Reconstrução do cruzado anterior com transposição tendinosa.

Início: — Término:

MATERIAIS	UNID	QUDE	NOME	UNID	QUDE	NOME	UNID	QUDE
Abboucath Nº	unid		Lente	unid	06	Fio Ethibond Nº 5	unid	01
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi Nº 11	unid	02	Fio Ethibond Nº	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi Nº 21	unid	02	Fio de Aço Nº	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschnier Nº	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Lilas Clips Nº	unid		Fio de Steinmann Nº	unid	
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6,0	unid		Catgut Simples Nº	unid	
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	04	Catgut Cromado Nº	unid	
Agulha 25x7,0	unid	02	Luva 7,5	unid	04	Caprofyl	unid	
Agulha 30x8,0	unid	00	Luva 8,0	unid	05	Esprofyl	unid	
Agulha 40x12	unid	03	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	rolo	02	Máscara	unid	08	Monosyl	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Malha Tubular Nº	cm		Mononylon 2,0	unid	02
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm		Mononylon 3,0	unid	01
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm		Mononylon 4,0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Pinça	pares	01	Mononylon 5,0	unid	
Atadura de Crepon	8cm		Placa Descartável	pacote	01	Mononylon 6,0	unid	
Atadura de Crepon	12cm		Raio X de Controle	unid	01	Nononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm	04	Seringa 01 cc	unid		Sonda de foucliet n-32	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de mallex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid	03	Polypot Nº	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 12cc	unid		Polypot Nº	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid	02	Prolene Nº	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene Nº	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda Nº	unid	
Avental Descartável	unid	01	Sonda de Foley Nº	unid		Seda Nº	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Aspiração Nº	unid		Vicryl	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F.0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Kimla	unid		S.F.0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid	04	S.F.0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1,0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F.0,9% 1000 ml	unid	10	Vicryl 2	unid	
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2,0	unid	01
Campo Impermeável Descart.	unid	03	Telafix tipo	unid		Vicryl 3,0	unid	
Cânula de Bisturi	unid		Tela Gessada	unid		Vicryl 4,0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóia Descartável	unid		Vicryl 5,0	unid	
Compressa Grande	unid	30	Trax Way	unid		Cimalpaqua	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	100	Trocater Nº	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml	100	TAXAS			Nitrogênio	Dur	
Clorexidina Aquosa	ml		Aspirador		Sim	Agulha de Veres	unid	
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico		Sim	MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Blat. Fech	unid		Trépano Elétrico			Bella		
Depo Medrol	unid		Fr. de Microscópio			01 - Dapaff.		
Dreno Penrose Nº	unid		Tx. de Videocirurgia		Sim			
Dreno Portovac Nº	unid		Tx. Intensif. de Imagem			01 - Parafuso intra. bio linvatec.		
Dreno de Tórax Nº	unid		Tx. Uroterofibroscopio					
Equipo	unid		Tx. Ureteroirrigador					
Esparadrapo	cm		OUTROS			01 - Parafuso bio sinfix		
Éter	ml		Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid		01 - Equipo linvatec		
Faixa de Smarch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid		para artroscopia		
Formol	ml		Cateter de Hemodiálise	unid		01 - Pendurin Shaver		
Fio Gaze Hidrofílico	unid		Algodão	unid		(not linvatec)		
Fita Cardíaca	unid		Xilocaína S/V 2% ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	10	Xilocaína C/V 2% ML	gr		01 - Disp. p/ sutura		
Gaze Acolchoada 5	unid	01	Xilocaína Gel	unid		minis linvatec		
Ketorolaco 2%	ml		Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid		Kollagenase	gr				
Gorro	unid	09	Adrenalina	unid				
Dipropan	unid	01	Clorhexidina	Fr				
Tela Inorg. Polipropileno	unid		Dreno de Blake	unid				
Ultra 20 3407	12	01						

UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

Cirurgião: Dr. Vagner Bela — Aux 1: Dr. Rômulo Peres

Anestesista: Dr. Pedro — Aux 2:

Instrumentador: Nikelen Rodrigues — Circulante: Lucas Téc. em Enfer. COREN-CE: 000 Sinalia

+ Sevoflurane (Gas)

HOSPITAL uniclinic

SRPA - SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICO

Paciente: Nalson Baltazar Oliveira Neto			Credenciamento:
Enf.Ap. 407-2	Leito: 03	Médico Adm.	Médico Ass.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - ALTA PARA ENFERMARIA
2 -
3 -
4 -
5 -
6 -
7 -
8 -
9 -
10 -
11 -
12 -

EVOLUÇÃO MÉDICA

ACORDADO, ESCALA DE ALDRETE 10 PONTOS
HEMODINÂMICA PRESERVADA
ESPONTÂNEO EM AR AMBIENTE COM BOA SATURAÇÃO

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Fortaleza-Ce, 07 de novembro de 2020.

Médico - CRM

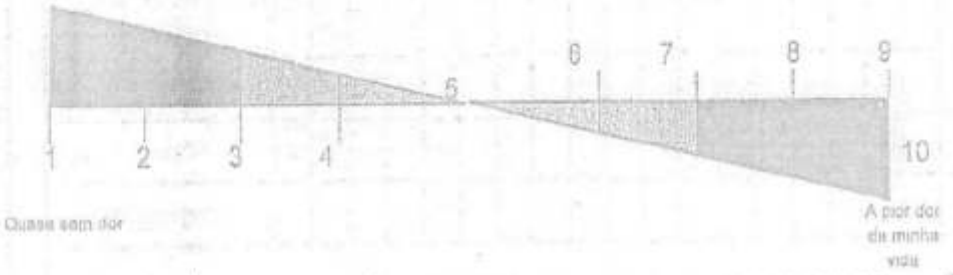
HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

NOME: Nelson Baltazar Da Silva Neto
PRONTUÁRIO: 63 154 5
ATENDIMENTO: 173 538 8
DATA DE NASC: 16.01.1980
DATA ADMISSÃO: 07.11.20
HORA ADMISSÃO: 11:50

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:
( )HAS ( )DM ( )IC ( )AVC PRÉVIO
( )IRC ( )IRA ( )ARRITMIAS ( ) DEMÊNCIA

( )OUTRAS:
( )ALERGIAS:

SUGESTÕES DA ANESTESIA



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

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO_2	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ-OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

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

INTERCORRÊNCIAS

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

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

POI de artroscopia de joelho c/ dr. Vagner. Raqui + redação c/ dr. Pedro.
Evolui evoluindo sob efeito anestésico.

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

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

HORA DA ALTA: 13:10 PA: 101 :73 FC: 62 SpO_2 100

( ) APARTAMENTO
( ) UTI

Luci Rivka Ramos Mendes
Médica
CRM-CE 17.738

( ) RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA - Geranciamento da segurança do paciente cirúrgico

uniclinic

mpleto: Nabon Baltazar Oliveira Data de Nascimento: 16/01/1980

de Origem: ( ) POSTO: 04 ( ) UTI ( ) SEMI-INTENSIVA ( ) EMERGÊNCIA Data: 07/11/20

roposta: Artroscopia do joelho E. Cirurgião: Ragner. Anestesista: Mª Pedro Campelo

de: ( ) ELETIVA ( ) EMERGÊNCIA

Entrada do paciente no CC: 7 : 35 . Início da Anestesia: 07 : 40 Início da Cirurgia: 09 : 00 Término da Cirurgia: 11 : 30 Término da Anestesia: 11 : 40

Hora transferência p/SR: : Hora transferência para unidade de origem: :

Acolhimento de clientes ao CC	Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do cliente sair da sala de operação
(✓) Confirmar identificação do paciente (prontuário)	(✓) Confirmar identificação do paciente (pulseira e prontuário)	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais da equipe: 1º cirurgião ☑Sim ☐Não 2º cirurgião ☑Sim ☐Não Anestesista ☑Sim ☐Não Circulante ☑Sim ☐Não	As peças cirúrgicas estão identificadas (nome completo do paciente e data de nascimento): ( ) SIM (✓) Não se aplica
(✓) Confirmar cirurgia e cirurgião	(✓) Confirmar cirurgia e cirurgião		Contagem Manual Compressas Início: 15 Final: ___ Instrumentais: Início: / Final: /
(✓) Confirmar JEJUM. Em jejum desde: 22 H do dia: 06/11	(✓) Confirmar JEJUM. 22:00 6.11.		Agulha: —
(✓) Confirmar termos de consentimento (cirúrgico/anestésico)	(✓) Confirmar termos de consentimento (cirúrgico/anestésico)	( ) Confirmar verbalmente identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento a ser realizado	Houve mudança no procedimento? (✓) NÃO ( ) SIM. Qual?
Checar prontuário. Encaminhar exames, se houver.	(✓) Checar se o paciente possui ALERGIAS: Se sim, QUAL? Nega	A lateralidade, quando necessária, está adequadamente marcada? (✓) SIM ( ) NÃO	Houve utilização de hemocomponentes no transoperatório? ( ) SIM (✓) Não se aplica
Retirada de adornos e próteses	( ) Checar TRICOTOMIA Hora: ___:___ Não se aplica (✓)	(✓) Checar se os materiais necessários para o procedimento estão disponíveis e dentro do prazo de validade de esterilização.	Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ( ) SIM (✓) NÃO
Checar se o paciente possui ALERGIAS: NÃO.	Local da cirurgia:	( ) O integrador químico indica esterilização do instrumental cirúrgico	**Dados do Transoperatório:**
Banho PRÊ-OPERATÓRIO: 06:00. Com clorexidina: (✓) S ( ) N	Via aérea difícil/Risco de aspiração/Uso de prótese? ( ) SIM (✓) Não	(✓) Check List de equipamentos e materiais da sala realizados	Cirurgia realizada: Reconstrução do ligamento cruzado anterior do joelho
Tricotomia Hora: ___:___ Realizada ( )	Reserva de Hemoderivados: ( ) SIM (✓) Não se aplica	(✓) Exames de imagem estão disponíveis?	Tipo de Anestesia: Raquianestesia + plexo + local Instrumentador: Rafael Filho + Danilo Costa
Marcado lateralidade. ( ) NA	Reserva de UTI: ( ) SIM (✓) Não se aplica	O antibiótico foi administrado na indução anestésica? (✓) SIM. Qual? Kefazol Dose: 2g Hora: 07 : 55	Circulante: Mikaelle Maria da Silva Sena Posição do paciente: Decúbito dorsal
Cliente está em uso de antibiótico na profilaxia? ( ) SIM (✓) NÃO Qual? ___ Dose administrada: ___:___	Montagem da Sala de operação de acordo com o procedimento programado ( ) SIM (✓) NÃO	Repique: ___:___ Qual? ___ Dose: ___	O eletrodos – Incisão cirúrgica O drenos ≡ placas de bisturi
Cliente encontra-se em isolamento: ☐ CONTATO ☐ RESPIRATÓRIO	Acesso venoso adequado e pérvio? ( ) SIM (✓) NÃO	Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário: (✓) SIM ( ) NÃO	
Assinatura do responsável e COREN: Jeovana Barra Sousa Téc. de Enfermagem	Assinatura do responsável e COREN:		Mikaelle de Sena Brito Téc. em Enfermagem COREN-CE: 001.055.109

UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

uniclinic

PRESCRIÇÃO MÉDICAÇÃO 08/11/2020

Paciente: NABOR BALTAZAR OLIVEIRA NETO	Enf. Apto	Leito: 407-2	Médico: VAGNER FILHO	Credenciamento UNIMED	INTERNAÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	MATERIAL UTILIZADO
1-DIETA LIVRE	SND	Ser.20 cc:
2-KEFAZOL1K+100ML SF EV 8/8HS	17 ✓ 01 ✓ 09 ✓	Ser.10 cc:
3-TRAMAL 100MG +250MLSF0,9% EV 8/8HS	14 ✓ 22 ✓ 06 ✓	Ser.3 cc:
4-DIPIRONA 1AMP+20CC ABD 6/6H	12 ✓ 18 ✓ 24 ✓ 06 ✓	Ser.5 cc:
		Ser.3 cc:
5-PROFENID100MG+100ML SF 0,9% EV 12/12HS	21 ✓ 09 ✓	Ser.3 cc:
6-PLAMET 2ML +20CC ABD EV 8/8HS SE NAUSEAS	SN	
7- JELCO HEPARENIZADO	24	Agulha 40/12:
8- NÃO FAZER CURATIVO	att	Ser.3 cc:
9-SINAIS VITAIS	Rotina	Agulha 13/4,5:
		Equipo:
		Equipo c/lat:
1c- [illegible]		
		Soro Glico100ml:
		Abd 500ml p/02:
		S. Aspiração:
		BOMBA DE INFUSÃO / OXIGÊNIO
		MED. / LIG. / DES. / LIG.
		DES.
		GLICEMIA
		HORA / VALOR / INSULINA

Antº. Vagner M Paiva Filho
Ortopedia - CRM- 7443
Cirurgia do Joelho

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 08/04/2020 POSTO: 4 LEITO: 402 I

NOME: Nabor Baltazar CONVÊNIO: Unimed

TURNO: MT

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi _____%
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo²: _____%

DIETA:

( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT
( ) Zero Para:

Observações:

Assinatura e COREN: [illegible] CORE [illegible] TE

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi _____%
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo²: _____%

DIETA:

( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT
( ) Zero Para:

Observações: Às 24:00 hs o PCT referiu "dor" e rubor no acesso venoso periférico sendo feito a troca de um novo AVP em jelco Nº 22 + [illegible] em [illegible] sem êxito

Rosa Neide Andrade da Silva
COREN - CE 1084069-TE

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN: Rosa Neide Andrade da Silva COREN CE 1084969-TE

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

Evolução Paciente

Paciente	Nabor Baltazar Oliveira Neto	Atendimento	1.738.382
Data Nascto.	16/01/1980 40 Anos	Prontuário	231.545
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	07/11/2020 05:44:14
Telefone	996291038	Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	402-1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/11/2020	Enfermeiro	Evolução		Ana Patricia Pereira da Silva	

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Enfermeiro(a): ANA PATRICIA PEREIRA DA SILVA Enfermeiro(a)

Evolução MT

- Diagnóstico: POS OP DE ARTROSCOPIA JOELHO E
- Especialidade: CIRURGICO

Exame Fisico
1. Neuro: CONSCIENTE, ORIENTADO
2.Respiratório: EUPNÉICO, AA
3.Cardiovascular: NORMOTENSO
4.Digestivo: VO
5.Renal: ESPONTÂNEA
6.Tegumentar: PELE ÍNTEGRA P/ LPP
7.Dispositivos:
8.Antimicrobianos:

Condutas/Intercorrencias
-
PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTE.
NÃO REALIZADO CURATIVO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Ana Patricia Pereira da Silva
COREN-CE 348191 - ENF

ANA PATRICIA PEREIRA DA SILVA /

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

Evolução Paciente

Paciente	Nabor Baltazar Oliveira Neto	Atendimento	1.738.382
Data Nascto.	16/01/1980 40 Anos	Prontuário	231.545
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	07/11/2020 05:44:14
Telefone	996291038	Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	402-1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
08/11/2020	Enfermeiro	Evolução		Lis Paz Sampaio	

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Enfermeiro(a): Valdiana Barbosa Vasconcelos Enfermeiro(a)

Evolução SN 08/11/2020

- Diagnóstico: PO ARTROSCOPIA JOELHO E
- Especialidade: CIRURGICO

Exame Físico
1. Neuro: CONSCIENTE, ORIENTADO
2.Respiratório: EUPNÉICO, AA
3.Cardiovascular: NORMOTENSO
4.Digestivo: VO
5.Renal: ESPONTÂNEA
6.Tegumentar: PELE ÍNTEGRA P/ LPP
7.Dispositivos: AVP
8.Antimicrobianos: KEFAZOL D02 IN:07/11

Condutas/Intercorrencias
-
PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
MANTENDO CURATIVO DE FO, INTEGRO
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pendências
-

Valdiana Barbosa Vasconcelos /323450COREN

UNICLINIC
ENFERMEIRO

uniclinic

PRESCRIÇÃO MÉDICAÇÃO 09/11/2020

Layane Régia Alvima Martins
COREN-CE 578.046 - ENF.

Paciente: NABOR BALTAZAR OLIVEIRA NETO	Enf. Apto	Leito: 407-2	Médico: VAGNER FILHO	Credenciamento UNIMED	INTERNAÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	MATERIAL UTILIZADO
1-DIETA LIVRE	SND	Ser.20 cc:
2-KEFAZOLIK+100ML SF EV 8/8HS		Ser.10 cc:
3-TRAMAL 100MG +250MLSF0,9% EV 8/8HS	14	Ser.3 cc:
4-DIPIRONA 1AMP+20CC ABD 6/6H	12	Ser.5 cc:
		Ser.3 cc:
5-PROFENID100MG+100ML SF 0,9% EV 12/12HS 6-PLAMET 2ML +20CC ABD EV 8/8HS SE NAUSEAS		Ser.3 cc:
7- JELCO HEPARENIZADO		Agulha 40/12:
8- NÃO FAZER CURATIVO		Ser.3 cc:
9-SINAIS VITAIS		Agulha 13/4,5:
		Equipo:
		Equipo c/lat:
10-	14:55	
		Soro Glico100ml:
		Abd 500ml p/02:
		S. Aspiração:
		BOMBA DE INFUSÃO / OXIGÊNIO
		MED. / LIG. / DES. / LIG.
		DES.
		GLICEMIA
		HORA / VALOR / INSULINA

Ant. Vagner M Paiva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 09/11/20 POSTO: 04 LEITO: 402-L

NOME: Nabor Baltazar Oliveira Neto CONVÊNIO: Unimed

TURNO: MT

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

( ) Zero Para:

Observações: Às 14:55 hs paciente saiu de alta hospitalar

Josimara Gomes de Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 001.130.993

Assinatura e COREN: Josimara Gomes de Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 001.130.993

TURNO: SN

AC. VENOSO

CVP ( ) Local CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

( ) Zero Para:

Observações:

CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN:

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

Evolução Paciente

Paciente	Nabor Baltazar Oliveira Neto	Atendimento	1.736.382
Data Nascto	16/01/1980 40 Anos	Prontuário	231.545
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	07/11/2020 05:44:14
Telefone	996291038	Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	402-1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
09/11/2020	Enfermeiro	Evolução		Francisca Marrusia Graca Mendonca	

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Enfermeiro(a): Matheus Firmino de Morais Estagiário Enfermagem

Evolução MT

- Diagnóstico: PO ARTROSCOPIA JOELHO E
- Especialidade: CIRURGICO

Exame Físico
1. Neuro: CONSCIENTE, ORIENTADO
2.Respiratório: EUPNÉICO, AA
3.Cardiovascular: NORMOTENSO
4.Digestivo: VO
5.Renal: ESPONTÂNEA
6.Tegumentar: PELE ÍNTEGRA P/ LPP
7.Dispositivos: AVP
8.Antimicrobianos: KEFAZOL D03 IN:07/11

Condutas/Intercorrencias
PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHB
NÃO REFERE QUEIXAS ALGICAS DURANTE A VISITA DE ENFERMAGEM
ACEITANDO DIETA VO
ELIMINAÇÕES PRESENTES NO PERIODO
MANTENDO CURATIVO CONVENCIONAL + ATADUTA EM FO, INTEGRO
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR ÀS 14:55HS

Pendências
-

Layane Regia de Lima Martins
COREN - CE: 573.046 - ENF

Matheus Firmino de Morais /

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Layane Regia de Lima Martins
COREN - CE: 573.046 - ENF

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

NOME DO PACIENTE:	CREDENCIAMENTO:
Nabor Baltazar Oliveira Neto	

ENF./ APTO:	LEITO:	MÉDICO ADMITENTE:	MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

07.11.2020 Paciente internado para a realização de reconstrução do ligamento cruzado anterior em joelho E e artroscopia devido lesão meniscal e condropatia. Sem contra-indicação para procedimento-cir

Anº Vagner M. Paiva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

07.11.2020 Pós-operatório de reconstrução do ligamento cruzado anterior em joelho E e artroscopia devido lesão meniscal e condropatia. Cirurgia sem intercorrencia sem alterações neurovascular e com bom estado geral, conduta vide prescrição

Anº Vagner M. Paiva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

8/11/20 (sem curativo)

Anº Vagner M. Paiva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

8/11/20 - Paciente bom estado geral. Refere dor leve a moderada em ferida cirúrgica do joelho D. Mantendo s/ alterações. FO limpa e seca. Cd: Curativo

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Anº Vagner M. Paiva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

9/11/20 Paciente bom estado geral. Mantendo s/ alterações. FO limpa e seca. Queixa de dor leve ced. alta hoje

Anº Vagner M. Paiva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

HOSPITAL uniclinic
O hospital da sua vida

BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: Arapa Baltazar Oliveira Unidade / Serviço: 04

Leito: 207-2 Admissão: 07/11/20

DIA	HORA	Temp. Pulso p/ min. (BPM)	RESP.	Pressão Arterial Max.	Pressão Arterial Min.	DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
7/11/20	06:00	36.1 86	20	120	x80.			Giovanna Serpa Souza Enf. de Enfermagem COREN-CE 001.314.280
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:						

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR/UF
2004009037628 SSP CE

CPF
043.210.663-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1991

FILIAÇÃO
VERIDIANA DIAS DE ARAUJO

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEG.
AB

Nº REGISTRO
04989715200

VALIDADE
29/01/2025

1ª HABILITAÇÃO
20/07/2010

OBSERVAÇÕES
A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
31/01/2020

ASSINATURA DO EMISSOR

24248021455
CE174816898

[redacted]

CEARÁ

[redacted]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1847566436

PROIBIDO PLASTIFICAR
1847566436

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
96002107672 SSP CE

CPF
619.832.923-20

DATA NASCIMENTO
16/01/1980

FILIAÇÃO
NABOR BALTAZAR DE
OLIVEIRA FILHO
RAIMUNDA MARIA
FERNANDES DE OLIVEIRA

PERMISSÃO [redacted]

ACC [redacted]

CATEGORIA
AD

Nº REGISTRO
00561765111

VALIDADE
05/05/2022

1ª HABILITAÇÃO
27/03/1998

OBSERVAÇÕES
A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
10/05/2017

JOSÉ VASCONCELOS PONTE

64906058088
CE159300738

ASSINATURA DO EMISSOR

[redacted] CEARÁ [redacted]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1474328305

PROIBIDO PLASTIFICAR

1474328305

SFQ: CMDB!GFEFSBUJWB!EP!CSBTJM

gov.br

EFUBO CE

5308540000

DFSUJGJDBEP!EFSFHJTUSP!FMFUSÔOJDP FOUP!EFWF-DVMP!FMFUSÔOJDP

D> EJHJUSÔOJDP
01024430496

CMDB
OXW1926

FYFSDÍDJP
2020

BOP!GBCSJDB..P
2014

BOP!N P EFMP
2015

Valide este QRCode com app Vio

FTQÉDJFJDJP
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

N BSDB!N P EFMP!DVMUST>P
HONDA/CG150 FAN ESDI

CMDB!BOUFS.P S!DVG
OXW1926/SP

CI BTTJ
9C2KC1680FR512931

DP S!DBSFEP N .DBOUF
PRATA

DP N CVTUVFM
ALCOOL/GASOLINA

DBUFHPSJB
PARTICULAR

DBQBDJEBEF
.

CPUÔDDJBDMDE3DCB
0CV/149

CFTP!CSVUP!UPUBM
0.29

N PUPS
KC16E8F512931

DNU
.

FJMPT
*

MPUB..P
02P

DBSSP DFS.B
NÃO APLICAVEL

OPNF
ANTONIA SANDRA GONCALVES DE CASTRO

DOCBDOOK
775.860.263-00

MPDBM
FORTALEZA CE

EBUB
11/11/2020

BTT.DBEP!E.HJUBM FOUFOFM!EFUBOB

EBEP TIEP !TFHVSP !E QVBU

5308540000

DBUFUBS.D	EBUBEFFRVJUB..P	CBIBN FOUP
9	13/08/2020	[X] DPUB> O.DB [ ] CBSDFMBEP

SFDBTTFIP CS.HBU> S.P !BP QVDEP!DDDJP DBMEFITB> EFJS!M	DVTUP!EP CJM FUF!S!M	DVTUP!FCFUJWP EP!TFHVSP!S!M
3.65	4.15	4.04
SFDBTTFIP CS.HBU> S.P !BP EFDBSUBN FOUP DBCUP DBMEF UB/OTJUP!S!M	VBMP S!EP!UP G!S!M	VBMP S!UP UBMB!TFS!CBIP CFMP !TFHVSBEP!S!M
0.41	0.05	12.30

P CTFSWB..ÇÃO FTIEP !WF-DVMP

QUITACAO EXERCICIO DPVAT: 2020**
****
****

JDGP SN B..ÇÃO FTIEP !TFHVSP !E QVBU

FOTBIMFOTIEFOBUSBO

DBSUFJSB
EJHJUBMEF
USÍOTJUP

Google Play

App Store

Seguro DPVAT
O Seguro do Acidente de Trânsito

SUSEP

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210025869

Nome do(a) Examinado(a): NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Luiz Francisco Xavier, 1121, , Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP - CE / 96002107672

Data e local do acidente: 06/10/2020 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 25/02/2021 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Ruptura de menisco e lesão de ligamento cruzado anterior esquerdo.

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

Submetido a tratamento cirúrgico e posterior fisioterapia com alta definitiva em fevereiro de 2021.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 10°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Perda, parcial e incompleta do joelho esquerdo, em decorrência da diminuição da mobilidade.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

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

Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

Assinatura e carimbo do médico

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Nalva Baltazar de Oliveira Neto

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil Casado

Profissão: Recuso

Identidade: 005617651111 CPF: 619.832.923-20

Endereço: Rua Luiz Francisco Xavier, 1121

Bairro/Cidade/Complemento: Maupina / Fortaleza / Casa 10

OUTORGADO:

Nome: **CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO**

Nacionalidade: **BRASILEIRO** Est. Civil **CASADO**

Profissão: **AUTONOMO**

Identidade: **2004009037628** CPF: **043.210.663-44**

Endereço: **RUA METON DE ALENCAR 106 ALTOS CENTRO**

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes especificos para REPRESENTA-LO junto a Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro DPVAT S.A, também propor, solicitar, acompanahar, providenciar documentos junto a Hospitais, Samu, Policia Civil, Policia Rodoviaria Estadual e Federal, Policia Militar, Bombeiros e demais instituições, interpor pedidos e recursos legais cabiveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, tudo com o fim especial de requerer indenização de seguro DPVAT por Morte, Invalidez Permanente total ou parcial e/ou Despesas Medico-Hospitalares (DAMS) referente ao acidente de trânsito envolvendo a vitima

Nalva Baltazar de Oliveira Neto Ocorrido em 06 / 10 / 2020.

NATUREZA DO PEDIDO: ☑ INVALIDEZ ☑ DAM'S ☐ MORTE

Local e Data: Fortaleza, 18 Janeiro 2021

x Nalva Baltazar de Oliveira Neto

Campo 1 - Assinatura do Outorgante / Beneficiário

x

Campo 2 - Assinatura do Beneficiário (caso o mesmo seja menor de 18 anos.)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023390/21

Vítima: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

Data do acidente: 06/10/2020

CPF: 619.832.923-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO : 043.210.663-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO : 619.832.923-20

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: 22/01/2021	Data do cadastramento: 22/01/2021
Nome: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO	Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 619.832.923-20	CPF: 054.782.373-88
NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO	ANDERSSON COSTA SILVA