



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

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

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02529875220218060001
Classe do Processo:	Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora:	30/06/2023 08:57:26

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	---

Arquivos

Petição:	2829405_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_01 - 1- 3.pdf
Documentação:	2829405_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 1-25.pdf
Documentação:	2829405_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 26-48.pdf
Documentação:	2829405_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 49-52.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: 02529875220218060001

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 **NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO**, 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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO 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, 28 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

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

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



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

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 atrofia 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

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: Nalva 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

5 - Nome completo: Nalva Baltazar de Oliveira Neto 6 - CPF: 619.832.923-20
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Luiz Francisco Xavier 9 - Número: 1121 10 - Complemento: Casa 10
11 - Bairro: Poupinha 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60832-508
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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: 0288 CONTA: 0119 680 (4)
(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 (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

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.

34

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 18 Janeiro 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 202174117

**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 KUBITSCHKE, 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** AnoFabricação: **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 KUBITSCHKE 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:

VISTO DO(A) DELEGADO(A):



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 221 / 2021

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

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: Nalva 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

5 - Nome completo: Nalva Baltazar de Oliveira Neto 6 - CPF: 619.832.923-20
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Luiz Francisco Xavier 9 - Número: 1121 10 - Complemento: Casa 10
11 - Bairro: Poupinha 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60832-508
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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: 0288 CONTA: 0119 680 (4)
(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 (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

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.

34

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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza 18 Janeiro 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Cagece**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

006144675

DADOS DO CLIENTE

NABOR BALTAZAR DE O FILHORUA LUIZ FRANCISCO XAVIER, 1121, CS-10, POMPINA
FORTALEZA - CEP: 60872-500

Codificação: 001.050.0118.5215.0035.00.00

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	R10F057562	609	610	9	9

DATAS

Leitura atual: 06/03/2020 Enissão: 06/03/2020 Lacre nº: 3014200

Leitura anterior: 06/02/2020 Próxima leitura: 06/04/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

01/2020

Nº de amostras	Cloro	Turbidez	Ca	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\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
abr/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 abastecimento

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0.40
COFINS	1.99

Subsídio

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	42.55
VALOR DO SUBSÍDIO	0.80
VALOR TOTAL A PAGAR	41.75

MÊS/ANO

VENCIMENTO

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

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água limpa e saudável.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS

magazineluiza
vem ser feliz

00204987



PC-00

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

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**



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	599,03
Total desta fatura	599,03

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.

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

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 números 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

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 invalida / dom'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
E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br	CEP: 60.035.160	Tel.(DDD): (085) 98762-7530

Local e Data: Fortaleza, 18 Janeiro de 2021



Assinatura do Declarante

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 BIOABSORVIVEL ✓
10- SF 0,9% 1000ML ✓
4-AMPOLA DE DIPROSPAN ✓
01-ETHIBOND Nº 5 ✓
VICRYL 2.0 J 33 ✓
NYLON 2.0 ✓
NYLON 3 ✓

Prof. Vitor M. F. da Silva
 Ortopedista - CRM 7413
 Rua dos Jovens

BOLETIM DE GA COM ANESTESIA

ITENS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA ANESTESIA

SOLUÇÕES	UNID	QTD	MEDICAMENTOS	UNID	QTD
Soro Fisiológico 0,9% 100ml	unid		Adelal Retard 10mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	unid		Adrenalina 1mg	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 500ml	unid	1	Água Sclerótica 20ml	amp	
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	unid		Alupina 0,25mg - 1ml	amp	
Soro Glicofisiológico 0,5% 500ml	unid		Bexira 40mg	amp	
Soro Glicofisiológico 0,5% 1000ml	unid		Bisbarbital de Sódio 10ml 8,4%	amp	
Soro Lactado 5% 500ml	unid		Clonidin 150mcg	amp	1
Soro Lactado 5% 1000ml	unid	3	Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml	amp	1
SANGUE BEMOERIVADO	UNID	QTD	Diazepam 10mg	amp	
Albumina	unid		Dimorf 10ml	amp	
Soro	unid		Dimorf 2ml	amp	
Hemácias	unid		Dimorf BP 0,2mg	amp	2
Plaquetas	unid		Dipirona	amp	2
Plasma	unid		Diprosan	amp	
MATERIAIS	UNID	QTD	Dolanina 100mg	amp	
Abcath n°	unid	1	Dopamina 500mg	amp	
Agulha desc. Para resp n°	unid	1	Dormonil 5mg	amp	1
Agulha desc. Parâmetro n°	unid		Etoril 10mg	amp	
Cal Sedada	ac		Etorilado 20mg	amp	
Cateter para O ₂ Tipo Cefico	unid		Fentanil 10ml - 0,50mg	amp	
Eletródos	unid	6	Fentanil 2ml	amp	
Equipos para DIC	unid		Fentanil 5ml	amp	
Equipos para soro com injetor lateral	unid	1	Glicose 35%	amp	
Extensor de 20cm	unid	1	Glicose 80%	amp	
Extensor de 40cm	unid		Halotano	amp	
Extensor de 60cm	unid		Heparina 25.000u	amp	
Extensor de 120cm	unid		Ipsilon 1gr	amp	
Perfusor de 120cm	unid		Kefzol 1gr	amp	2
Sonda de Aspiração Trough n°	unid		Keftin 1gr	amp	
Sonda Endotracheal	unid		Keftin 30mg	amp	
Sonda Fries-Wiley	unid		Lasix 10mg	amp	
Descontar para JUSTIFICAR	unid	1	Lidocaina 2% cl vaso - 20ml	amp	
Agulha estimulax	unid	1	Lidocaina 2% cl vaso - 20ml	amp	
Ciprofloxacina 200mg - 200ml	unid		Narcen 0,4mg	amp	
Ciprofloxacina 400mg - 200ml	unid		Necocina 0,5% cl Epinefrina - 20ml	amp	
Flégyl 500mg - 100ml	unid		Necocina 0,5% cl Vasoco - 20ml	amp	
Isotilon 4gr	amp		Necocina isolabris 0,5%	amp	
Kit RAM (transdutor de pressão)	unid		Necocina Passada 0,5%	amp	1
Lansol 0,6mg	amp		Omeprazol 40mg	amp	
Naropin 10mg/ml	amp	1	Pamet 5mg/ml	amp	1
Naropin 7,5mg/ml	amp		Pamet 5mg	amp	
Nauseadron 4mg - 2ml	amp		Profend 100mg EV	amp	1
Nimbom 10mg	amp		Proxilomina 0,5mg	amp	
Ranlozol 40mg	amp		Quelidina 100mg	amp	
Propofol 1% - 20ml	amp		Ranidol	amp	
Rocetil 1gr	amp		Raplan 25mg	amp	
Sensor Dis	unid		Rodron 50mg - 5ml	amp	
Savane	ml		Solucelaf 100mg	amp	
Sonda Endotracheal Armada n°	unid		Solucelaf 500mg	amp	
Sonda Nasogástrica	unid		Sufenta 1ml	amp	
Tubo Carlen	unid		Sufenta 2ml	amp	
Tubo Polar	unid		Supran 50mg - 2ml	amp	
Vancomicina 500mg	amp		Tramal 100mg	amp	
Monitol 20% - 200ml	unid		Tramal 20mg	amp	
Aramin 10mg/ml - 1ml	amp		Transamin 50mg	amp	
Fosfato de Clindamicina 160mg/ml - 4ml	amp		Vitamina K	amp	
Dopamina 5mg/ml - 15ml	amp		Sulfato de Magnésio 50% - 10ml	amp	
NÃO OBRIGATÓRIO JUSTIFICAR	UNID	QTD	Noradrenalina 2mg/ml - 4ml	amp	
Urtiva 3mg	amp		Lidocaina febrilica 2% - 6ml	amp	
Buscopan Composto 4mg/ml - 5ml	amp			UNID	QTD
Oramix 35 3mg/ml - 10ml	amp		Bomba de Infusão	hora	
Buscopan Simplex 20mg/ml - 1ml	amp		Bomba de Seringa	hora	
			Cardiograma	hora	
			Cardiostegio (ECG)	hora	
			Monitor (PM)	hora	
			Oximetria	hora	
				UNID	QTD
			Ar Gaseificada	hora	
			Óxido Nítrico	hora	
			Oxipénia	hora	3

ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM

Dr. Pedro Augusto Oliveira
Anestesiologista
CRM 11167 / RQE 6354

UNICLINICAL
CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Pedro Augusto Oliveira
CRM 11167
ANESTESIOLOGISTA

[illegible]



CLÍNICA
DR VAGNER PAIVA
ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA

☎ 85 3226.4242 ☎ 85 99730.8338

📍 Rua Gonçalves Leda, 679 - Aldeota - (próximo ao Colégio Militar)

Ortopedia Joelho

Dr. Wagner Paiva Filho

Ortopedia Pé

Dr. Rafael Botelho

Dr. Davi Marinho

Ortopedia Ombro

Dr. Vandick Guelroz

Dr. Alano Benevides

Ortopedia Mão

Dr. Saulo Rodrigues

Cirurgia Vascular

Dr. Pedro Neto

Ortopedia Geral

Dr. Rômulo Ferrer

Dr. João Ricardo Andrade

Ortopedia Coluna

Dr. Lucas Higino

Pneumologia

Dra. Michelle Paiva

Urologia

Dr. Everton de Castro

Nutrologia

Dra. Lorena Martins

Fisioterapia

Pilates

Lauda médica

Paulo Michel Botelho
de Oliveira Neto CPF: 619832923-
20, sofreu acidente moto-
rial em 6/10/20 onde sofreu
lesões ligamentares e tendões
e menisco medial do joelho
esquerdo. Foi submetido
a reconstrução do ligamen-
to cruzado anterior e menis-
co medial do joelho (E).
dia 7/11/20.

CPF: 5835 / 583.2

Ant.º Wagner M Paiva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Cirurgia de Joelho

Wagner Paiva Filho

Convênios 10/12/20

UNIMED - CAMÉD - ASSEFAZ - CAFAZ - SULAMÉRICA - POSTALSAÚDE - GEAP - ANIL - CAPSAÚDE - SAÚDE CADA - CASSI - ISSEC - RPM - FACHESF
BRADESCO - MEDSERVICE - INTERMÉDICA - NOTREDAME - FAMED - FUSEX - CONSULTA PARTICULAR

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Wagner 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

Dr. Wagner M. Paiva Filho
Ortopedista CRM: 7443
Cirurgião do Joelho

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Nelson Balduino de Oliveira Neto
Endereço: Rua Francisco Xavier 1121 Casa 10
Parque de Pajuçara
Prescrição: Paracetamol

uso oral - anti-inflamatório

R. Arcoxia 90mg 1 caixa

Tomar 1 comprimido ao dia por
por 7 dias.

Data: 7/11/2020

NÃO AUTORIZO A TROCA
DESSE MEDICAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Nelson Balduino de
Oliveira Neto
Ident: 96002107672 Org. Emissor: SSDP
End: Rua Francisco Xavier
Nº 1121 Casa 10 B/Pajuçara
Cidade: Fortaleza UF: CE
Telefone: 085: 992199471

996291038

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: 7/11/2020

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Wagner 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

Intº Wagner M. Paiva Filho
Ortopedia CRM: 7443
Cirurgia do Joelho

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Matheus Baltazar de Oliveira Neto
Endereço: Rua Francisco Xavier 1121 Cora 10
Prescrição: Palatina

Uso oral - antibiótico

R/ Deixar 500mg 1 caixa
Tomar 1 comprimido ao dia por 7 dias

Data: 07/11/2020

NÃO AUTORIZO A TROCA
DESSE MEDICAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Wagner Paiva
Ident: 7443 Org. Emissor: 5408
End: Rua Gonçalves Ledo, 679
Aldeota
Cidade: Fortaleza UF: CE
Telefone: 3226.4242

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: 07/11/2020

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Wagner 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

Ass. Wagner M. Paiva Filho
 Otorrinolaringologista CRM: 7443
 Ceará do Jeito

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Nelson Baltazar de Oliveira Neto
 Endereço: Luiz Francisco Xavier 7721 Casa 10
 Palmeira
 Prescrição:

Uso Local Antisséptico
R/ Rípolina spray — 1 dose
Aplicar 3x ao dia na ferida operatória

Data: 4/7/2020

NÃO AUTORIZO A TROCA DESSE MEDICAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Nelson Baltazar de
 Oliveira Neto
 Ident: 96002107678 Org. Emissor: SSDP
 End: R. Luiz Francisco Xavier
 Nº 7721 Casa: 10 / PALMEIRA
 Cidade: Fortaleza UF: CE
 Telefone: 085-992199671

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: / /

CEP: 60872530

OBS: 996291038

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Wagner 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. Wagner M. Paiva Filho
Ortopedia CRM: 7443
Cirurgia de Joints

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Nabon Baltazar de Oliveira Neto
Endereço: Luz. Francisco Xavier 1121 Casa 10
Palmeira
Prescrição: uso oral - analgésico

Rx) Coclex 30mg 1 comprimido
Tomar 1 comprimido 12/12 hrs

Data: 07/11/2020

NÃO AUTORIZO A TROCA
DESSE MEDICAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: NABON BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO
Ident: 96002107672 Org. Emissor: SSOP
End: R. WILSON LAMARCA
XAVIER 1121 CASA 10
Cidade: FORTALEZA UF: CE
Telefone: 085 99219997

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 Leda, 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 Fêrrer

Dr. João Ricardo Andrade

Ortopedia Coluna

Dr. Lucas Higno

Pneumologia

Dra. Michelle Paiva

Urologia

Dr. Everton de Castro

Nutrologia

Dra. Lorena Martins

Fisioterapia

Pilates

Nabron Baltezon Olivera Neto

use oral - anticoagulante

R4) Xarelto 10mg q 1 caixa
Tomar 1 comprimido em
dia por 10 dias

Dr. Vagner Paiva Filho
Ortopedia - CRM 7443
Responsável pelo exame

07.11.2020

Convênios

UNIMED - CAMIED - ASSEFAZ - CAFAZ - SULAMÉRICA - POSTALSAÚDE - GEAP - ANIL - CAPSAÚDE - SAÚDE CAIXA - EASSI - ISSEC - IPW - FACHESF
BRADESCO - MEDSERVICE - INTERNÉTICA - NUTREDAME - FAMED - FUSEX - CONSULTA PARTICULAR

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

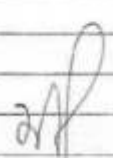
ATENDIMENTO ATUAL

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 - Lesão de ligamento cruzado anterior e menisco medial joelho esquerdo com incapacidade funcional - houve queda

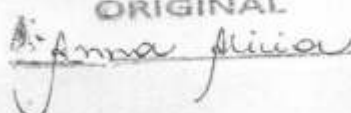
PROCEDIMENTO - R.T. -
 Oligo acidente de moto (SIC)

DIAGNOSTICO

 Dr. Antonio Vagner M Paiva Filho (CRM 7443)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

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

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

UNICLINIC
 CONFERE COM O ORIGINAL


2º 22ª DEZEMBRO 2020



Reconheço por autenticidade a assinatura de NABOR BALMEAR 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 SILVA Oficial Substituta
Valido somente com o selo do Cartório de Mesajana
União Telex 041.10.10
Vitoria Maria Gomes Silveira
SUBSTITUTA
Serviço Registral de Mesajana
CARTÓRIO DE MESAJANA - N.º
MESAJANA - FORTALEZA - Ceará



At. 1738382

07/12/2020

Av: Aguanambi N°332
Bairro: Fátima
CEP: 60055402
Tel: 3311-6000

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME				☒ Interno ☐ Outras	
NABOR BALMEAR DE OLIVEIRA NETO					
CPF	RG	DADM	ECIVIL	SEXO	
61983292320	96002107672	40	SOLTEIRO	MASC.	
ENDEREÇO		BAIRRO		DATA NASCIM.	
R/ LUIZ FRANCISCO KAVIER N° 1121 CS:10		FONE: 996291038		FATIMA 16/04/80	
CIDADE	CEP	UF	NATURALIDADE		
FORTALEZA	60872530	CEARA	BRASIL		
PAI		MÃE			
NABOR BALMEAR DE OLIVEIRA FILHO		RACMUNDA 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 Mesajana

Nabor Balmea de Oliveira Neto
PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)





Atendimento: 1.738.382
Atendimento: 231.545
Data de Atendimento: 07/11/2020 05:44

Nome: Nabor Baltazar Oliveira Neto

Nome do Pai: Nabor Baltazar Oliveira Neto

Estado Civil: Casado

Nome do Filho: Nabor Baltazar de Oliveira Filho

Data de Nascimento: 16/01/1980

Endereço: Luis Francisco Xavier, 1121 Messajana Cs 10

Cidade: Messejana

UF: Ceará

Sexo: Masculino

Nome da Mãe: Reimunda Maria Fernandes de Oliveira

Idade: 40 Anos

Profissão: Forteleza

Estado Civil: Solteiro

CPF: 61983292320

CPF: 95002107672

CPF: (85) 996291038

Data de Nascimento: 07/11/2020

Data de Nascimento: 09/11/2020

Data de Nascimento: 02/14:55

Accomodação:

Enfermaria:

Unidade:

407-2

Plano de Saúde:

Nome:

UNIMED

Empresa:

GIH:

Autorização:

132816194

Cód.Usuário:

00635020061175368

Responsável:

Nome: Sandra Oliveira

Endereço: Luis Xavier, 1121 Messajana Cs 10

RG:

CPF: 61983292320

Nome:

Endereço:

RG:

CPF:

FATURAMENTO UNICLINIC

RECEBIDO EM:

13 / 11 / 2020

Assinatura

Identificação:

Telefone 1:

não digitado

Telefone 2:

986724818

Telefone 3:

não digitado

Assinatura:

auditoria

Assinatura:

17/11/20

Assinatura:

Caravel.

Assinatura:

QUEIXA PRINCIPAL:

HDA:

Paciente com lesão da ligamentar
crucado anterior em quadril E. Jara
submetido a procedimento cirúrgico.

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

Assinatura de Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável) Sr. Nabor Baltazar Oliveira Neto, CPF nº 61983292320, após devidamente informado neste Hospital, assume, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos materiais e alimentação especializada, que venha a fazer necessários durante o período de internação, sendo que antes não havia conhecimento por seu plano de saúde, afirma também ter conhecimento que o Hospital Uniclínica não se responsabiliza por valores em diábetes e outros gastos pessoais decorrentes em quaisquer dependências interna/externa. Não havendo, desta forma, qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/futuras consequências durante e fora permanência no hospital.

Assinatura de Responsável

Maria Viriane Vieira Freitas

Paciente ou Responsável

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Marta Botelho Oliveira

DATA: 01.11.2020 POSTO: 404.2 LEITO: 04

CONVÊNIO: MT

TURNO:

AC. VENOSO:		CVC () Local () Dissecção	
RESPIRAÇÃO:			
() Ar ambiente	() Cat. Nasal	() Venturi	%
() MNBZ	() Másc. Reservatória 100%	SpO ₂ :	%
DIETA:			
() VO	() SNE	() SNG	() GTT () NPT
() Zero	Para:		

OBSERVAÇÕES:

Do 2.º dia de admissão ao CF. 31/11/2020
Simples.

Assinatura e COREN:

TURNO:

AC. VENOSO:		CVC () Local () Dissecção	
RESPIRAÇÃO:			
() Ar ambiente	() Cat. Nasal	() Venturi	%
() MNBZ	() Másc. Reservatória 100%	SpO ₂ :	%
DIETA:			
() VO	() SNE	() SNG	() GTT () NPT
() Zero	Para:		

OBSERVAÇÕES:

Do 06.00h até 18.00h -
mulher, 44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485

NOME: Nabor Baltazar divina

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

CONVÊNIO: UNIMED

TURNO: wt

AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ₂ : %
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	() Zero Para:

Observações:

07:30 - pac. encaminhado
REF.

Sigep: 24/01/2020
Téc. de Enfermagem
COREN CE 097.114.280

do 4.33km para aditado no CC.

do 13:10kg para encaminhado ao lab.

do 13:55 - pac. retornou ao
lab.

Sigep: 24/01/2020
Téc. de Enfermagem
COREN CE 097.114.280

Assinatura e COREN:

TURNO:

AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %	() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo ₂ : %
DIETA:	
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT	() Zero Para:

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM ORIGINAL

M. Simoni de Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 727.500

Assinatura e COREN:

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Data Nasc: 15/01/1980 40 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 998291038
Leito: 407-2

Atendimento: 1.738.382
Prontuário: 231.545
Dt. Entrada: 07/11/2020 05:44:14
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

•ível de consciência/orientação (): CONSCIENTE, ORIENTADO

• Locomoção (): DEAMBULA

• Padrão respiratório (): EUPNEICO EM AA

• PA (): NORMOTENSO

• Dieta (): ZERO

• Incisão cirúrgica (): ---

• Venóclise e disposição de infusão (): ---

• Lesões (): PELE ÍNTEGRA PARA LPP

• Eliminações urinárias e fecais (): PRESENTE

• Queixas (): SEM

• P...ção (): BOA

ÀS 08:00 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
ORIGINAL

Ana Patricia Pereira da Silva
COREN-CE 588.191 - ENF

Ana Patricia Pereira da Silva /

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Data Nascimento: 16/01/1980 40 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996291038
Leito: Sala Cirúrgica 03

Atendimento: 1.738.392
Prontuário: 231.545
Dt. Entrada: 07/11/2020 05:44:14
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

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 Físico

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

Condutas/Intercorrências

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-ERF

Layane Regia Lima Martins /

ORIGINAL

Paciente:	Nabor Baltazar Oliveira Neto	Atendimento:	1.738,382
Data Nasc:	16/01/1980 40 Anos	Prontuário:	231.545
Sexo:	Masculino	Qt. 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 Antônia 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

Ex. Físico

1. Neuro: CONSCIENTE, ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO, 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/Intercorências

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
MANTENDO CURATIVO DE FO, ÍNTEGRO
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pendências

:-

Gessilene Antonia Silva Maciel /

Às 20:30 realizado passagem de SVA N° 14 com
êxito. Drenado 600 ml de diurese.

Às 04:25 realizado passagem de SVA N° 14 com
êxito. Drenado 800ml de diurese

UNICLINIC
OFERECE COM C
ORIGINAL

1738382

NOME: NABOR BALTAZAR OLIVEIRA - <i>Vagner</i>		CATEGORIA: <i>Ortopedia</i>	
CLÍNICA: CIRURGICA	CATEGORIA: <i>Ortopedia</i>	CATEGORIA:	LEITO 407-2
DATA: 07/11/2020	<i>Rômulo Ferraz</i>	CIRURGIÃO: Dr VAGNER FILHO	<i>Dr. Vagner M. Filho</i>
1º AUXILIAR: DR: RÔMULO FERRAZ	<i>Ortopedia</i>	2º AUXILIAR:	<i>Ortopedia</i>
ANESTESISTA: PEDRO CAPELO	<i>Ortopedia</i>	TIPO DE ANESTESIA: RAQUE+SEDAÇÃO	<i>Ortopedia</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, LESÃO MENISCAL MEDIAL, CONDROPATIA E SINOVITE EM JOELHO ESQUERDO			
TIPO DE OPERAÇÃO: RECONSTRUÇÃO 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: 107: 30			
INÍCIO DA CIRUR.: 08:40	TÉRMINO: 11:40	DURAÇÃO: 3h	
INÍCIO DO OXIG.: 08:40	TÉRMINO: 11:40	DURAÇÃO: 3h	
GHI:	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 ANTISSEPISIA 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-CONFEÇÃO 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
ORIGINAL

Vagner M. Filho
Ortopedia
CRM 7443
Cirurgia do joelho

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: 130/80

TIPO SANGÜÍNEO:

HEMACIAS:

HEMOGLOBINA:

HEMATÓCRITO:

GLICEMIA:

URÉIA:

AP. RESPIRATÓRIO:

ASMA:

BONQUITE:

AP. CIRCULATÓRIO:

ECG: Normal

AP. URINÁRIO

URINA:

AP. DIGESTIVO:

DENTES:

PESCOÇO:

ALERGIAS: Nenhuma

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

ANESTESIAS ANTERIORES:

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

PAM:

HORÁRIO: 08:00

INDUÇÃO

Satisfatória:

Excitação:

Tosse:

Lenta:

Náuseas:

Vômitos:

MANUTENÇÃO

Agente Anestésico:

Líquidos:
soros,
hemoderivados
e etc.

PULSO

AV

TEMP.

-000-

PVC

PA

ANEST.

XXXX

OP

SÍMBOLOS E
ANOTAÇÕES

POSIÇÃO:

AGENTE:

TÉCNICA:

CIRURGIA:

CIRURGIÕES:

ANESTESISTA(S):

INTERCORRÊNCIAS:

Anestesia Satisfatória: Sim () Não ()

Paciente para o leito com cânula:

Sim () Não ()

Perda Sanguínea Aprox.: _____ ml.

Ostrução: Co2

Náuseas:

Vômitos:

Outros:

Dr. Pedro Augusto Oliveira Capelo
Anestesiologista
CRM 111671 RQE 6354

Assinatura do Anestesiologista/CRM

Cirurgião: Dr. Wagner Bessa
Aux. II

Anafaelista: Dr. Pedro

Dr.^e Rómulo Pérez

~~ORIGINAL~~

Aktuelle Vorkommnisse
Tiefen: 10 m
Tiefe: 10 m
Tiefe: 10 m
Tiefe: 10 m

SRPA - SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICO

Paciente: Nelson 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
ORIGINAL

[Assinatura]
Dr. Rivaldo Gomes Mendes
Médico
CRM-CE 17.732
Médico - CRM

Fortaleza-Ce, 07 de novembro de 2020.



HOSPITAL
uniclinic
O hospital da sua vida

NOME: Nelson Ballagan da Silva Neto
PRONTUÁRIO: 21.1515
ATENDIMENTO: 73.93.82
DATA DE NASC: 16.01.1980
DATA ADMISSÃO: 07.11.20
HORA ADMISSÃO: 11:50

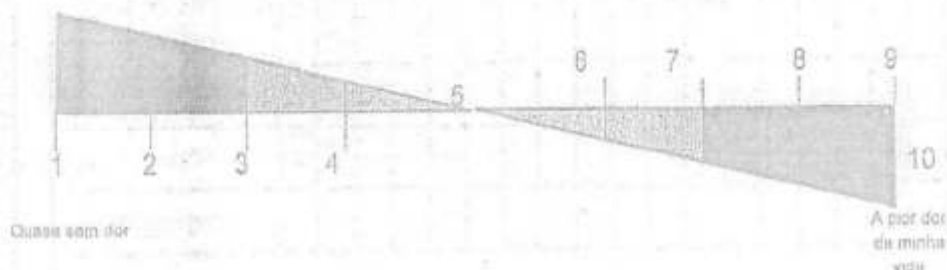
LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVCPRÉVIO
() IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA

() OUTRAS:

() ALERGIAS:

SUGESTÕES DA ANESTESIA



NA ADMISSÃO: 1

APÓS UMA HORA: 1

ESCORE NALTA: 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	20-40% NÍVEL PRÉ-OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/VOISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>60% 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	2								
P	2	2	2	2	2								
C	2	2	2	2	2								
R	2	2	2	2	2								
S	2	2	2	2	2								
T	9	9	9	9	10								

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLUCEMIAS () ANESTESIA
() HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELÍRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
() TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESÍAS
() BRADICARDIA () VÔMITOS () APNEIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
() PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

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

Pol de internação de Joelhas C. Dr. Wagner Riqui + redação Dr. Pedro.
Evolui estável sob efeito analgésico.

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 SpO₂: 90%

() APARTAMENTO
() UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

Luci Rivka Ramos Mendes
Médica
CRM-CE 17.738

UNICLINIC
ONFERE COM
ORIGINAL

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



Completo: Nadson Roberto Oliveira

Data de Nascimento: 30/02/1980

de Origem: 1º POSTO () UTI () SEMI-INTENSIVA () EMERGÊNCIA

Data: 07/11/20

proposta: Intubação da traqueia e Cirurgia: Ressecção

Anestesiista: Dr. Paulo Roberto

de: () ELETIVA () EMERGÊNCIA

Entrada do paciente no CC: 07:35 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: :

Inchamento de clientes ao CC	Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do cliente sair da sala de operação
Imar identificação do paciente (probatório)	(X) Confirmar identificação do paciente (guia e probatório)	Apresentação oral, nome e função do profissional da equipe: 1º cirurgia: <u>SIM NÃO</u> 2º cirurgia: <u>SIM NÃO</u> Anestesiista: <u>SIM NÃO</u> Circulante: <u>SIM NÃO</u>	Identificação do paciente e data de nascimento: SIM (X) NÃO se aplica
Imar cirurgia e cirurgia	(X) Confirmar cirurgia e cirurgia	(X) Confirmar verbalmente identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento a ser realizado	Organizar Manual Compressas Início: <u>15</u> Final: <u>15</u> Instrumentais Início: <u>15</u> Final: <u>15</u> Agulha: <u>15</u>
Imar JEJUM	(X) Confirmar JEJUM <u>22:00</u> <u>6.11.</u>	(X) Confirmar verbalmente identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento a ser realizado	Houve mudança no procedimento? (X) NÃO () SIM. Qual? <u>15</u>
Imar termos de consentimento anestésico)	(X) Confirmar termos de consentimento (cirúrgico/anestésico)	A lateralidade, quando necessária, está adequadamente marcada? (X) SIM () NÃO	Houve utilização de componentes no transoperatório? () SIM (X) NÃO se aplica
Imar prontuário. Encaminhar exames e se houver.	(X) Checar se o paciente possui ALERGIAS: Se SIM, <u>Não</u> OITAVO	(X) 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 (X) NÃO
Imar retirada de sedativos e próteses	() Checar TRICOTOMIA Hora: <u>15</u> Não se aplica (X)	(X) O integrador químico indica esterilização do instrumental cirúrgico	Dados do Transoperatório:
Imar se o paciente possui ALERGIAS: <u>Não</u>	Local da cirurgia: <u>15</u>	(X) Check List de equipamentos e materiais da sala realizados	Cirurgia realizada: <u>Ressecção de pólipos e fístula</u>
Imar BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>06:00</u>	Via aérea difícil/Risco de aspiração/uso de prótese? () SIM (X) NÃO	(X) Check List de equipamentos e materiais da sala realizados	Tipos de Anestesia: <u>Ressecção e pólipos e fístula</u>
Imar TRICOTOMIA Hora: <u>15</u>	Reserva de Hemoderivados: () SIM (X) NÃO se aplica	(X) Exames de imagem estão disponíveis?	Instrumental: <u>Ressecção e pólipos e fístula</u>
Imar rizado lateralidade () NA	Reserva da UTI: () SIM (X) NÃO se aplica	O antitético foi administrado na indução anestésica?	Circulante: <u>Ressecção e pólipos e fístula</u>
Imar está em uso de antibiótico na sala? () SIM (X) NÃO	Montagem da Sala de operação de acordo com o procedimento programado () SIM (X) NÃO	Reprete: <u>15</u> Dose: <u>2g</u>	Posição do paciente: <u>Supino</u>
Imar encontra-se em isolamento: <u>CONTATO</u> ☐ RESPIRATÓRIO	Acesso venoso adequado e pérvio? () SIM (X) NÃO	Fixação das etiquetas da esterilização no prontuário: (X) SIM () NÃO	O eletrodos: <u>Micelle de Seta Brta</u>
Imar s do responsável e COREN: <u>Leandro Silva Costa</u>	Assinatura do responsável e COREN: <u>Leandro Silva Costa</u>		O drenos: <u>COREN-CE 001.055.109</u>
		Imar placas de bisturi: <u>COREN-CE 001.055.109</u>	

Paciente: NABOR BALTAZAR OLIVEIRA NETO		Enf. Apio	Leito: 407-2	Médico: VAGNER FILHO		Credenciamento UNIMED	INTERNAÇÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIO		MATERIAL UTILIZADO	
1- DIETA LIVRE				SND		Ser. 20 cc.	
2- KETAZOLIK + 100ML SF EV 8/8HS				14/10/20 09:15		Ser. 10 cc.	
3- TRAMAL 100MG + 250ML SF 0,9% EV 8/8HS				14/10/20 09:15		Ser. 3 cc.	
4- DIPIRONA 1AMP + 20CC ABD 6/6H				14/10/20 09:15		Ser. 5 cc.	
5- PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12HS				21/10/20 09:15		Ser. 3 cc.	
6- PLAMET 2ML + 20CC ABD EV 8/8HS SE NAUSEAS				SN			
7- JELCO HEPARENIZADO				21/10/20		Agulha 40/12	
8- NÃO FAZER CURATIVO				ant.		Ser. 3 cc.	
9- SINAIS VITAIS				Bo Tona		Agulha 13/4,5	
						Equipo	
						Equipo clat	
10- Prescrição de Stearns por avaliação de						Soro Glico 100ml	
						Abd 500ml p/02	
						S. Aspiração	
						BOMBA DE INFUSÃO	
						MED. LIG. DES. LIG. DES.	
						GLICEMIA	
						HORA VALOR INSULINA	

An. Wagner M. Pinha Filho
 Ortopedia - CRM 7443
 Cirurgião de Mão

UNICLINIC
 - ONFERE COM C
 ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Walter Bolle Jr

DATA: 08/10/2020 POSTO: 4 LEITO: 2021

CONVÊNIO: Unimed

TURNO: MT

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA: _____

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

() Zero Para: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA: _____

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

() Zero Para: _____

Observações:

Observações:

Ats 24:00 h o pct recebeu do laboratório de exames físicos sendo feita a leitura de 110 no 10 sup el gordo N. 22 + 22 = 44

ef exat

ROSA NEIDE ANTONIO DA SILVA
COREN: 264069-1/1E

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

Rosa Neide Antonio da Silva
COREN: 264069-1/1E

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Data Nascimento: 18/01/1980 40 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996291038
Leito: 402-1

Aterramento: 1.738.382
Prontuário: 231.545
Dt. Entrada: 07/11/2020 05:44:14
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

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 Físico

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

Ana Patricia Pereira da Silva
CPF: 523.191-116

Condutas/Intercorências

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE.
NÃO REALIZADO CURATIVO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Ana Patricia Pereira da Silva
CPF: 523.191-116

ANA PATRICIA PEREIRA DA SILVA

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Data Nasci: 16/01/1980 40 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996291038
Leito: 402-1

Atendimento: 1.738.382
Prontuário: 231.545
Dt. Entrada: 07/11/2020 05:44:14
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
06/11/2020	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/Intercorrências

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
MANTENDO CURATIVO DE FO, ÍNTEGRO
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pendências

=

Valdiana Barbosa Vasconcelos /323450COREN

UNICLINIC
CONFIRME COM C

Paciente: NABOR BALTAZAR OLIVEIRA NETO	Enf. Apio	Leitor: 407-2	Médico: VAGNER FILHO	Credenciamento UNIMED	INTERNAÇÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA			MATERIAL UTILIZADO		
1-DIETA LIVRE		HORÁRIO	SND		
2-KEFAZOLIK+100ML SF EV 8/8HS			Ser.20 cc:		
3-TRAMMAL 100MG+250MLSF0,9% EV 8/8HS			Ser.10 cc:		
4-DIPIRONA 1AMP+20CC ABD 6/6H			Ser.3 cc:		
5-PROFENID100MG+100ML SF 0,9% EV 12/12HS			Ser.3 cc:		
6-PLAMET 2ML +20CC ABD EV 8/8HS SE NAUSEAS			Agulha 40/12:		
7-JELCO HEPARENIZADO			Ser.3 cc:		
8-NÃO FAZER CURATIVO			Agulha 13/4,5:		
9-SINAIS VITAIS			Equipo:		
			Equipo clat:		
			Soro Gluco 100ml:		
			Abd 500ml p/O2:		
			S. Aspição:		
			BOMBA DE INFUSÃO		
			MED. LIG. DES. LIG. DES.		
			GLICEMIA		
			HORA VALOR INSULINA		

1c- Obesidade

14:55

 Análise
 Ortopedia
 Cirurgia
 CRM: 7443
 Vasilho

 COPIA
 ORIGINAL

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Data Nascido: 16/01/1980 40 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996291038
Leito: 402-1

Atendimento: 1.738.382
Prontuário: 231.545
Dt. Entrada: 07/11/2020 05:44:14
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

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

Paciente: Nabor Baltazar Oliveira Neto
Enfermeiro(a): Matheus Firmino de Moraes Eslagiário Enfermagem

Evolução MT

- Diagnóstico: PO ARTROSCOPIA JOELHO E
- Especialidade: CIRURGICO

Exame Físico

1. Neuro: CONSCIENTE, ORIENTADO
2. Respiratório: EUPNEICO, 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/Intercorências

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR ÀS 14:55HS

Pendências

=

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

Matheus Firmino de Moraes /

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

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

NOME DO PACIENTE:

CREDENCIAMENTO:

Nelson Battista 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 de lesão meniscal e condropatia. Sem outra indicação para procedimento.

07.11.2020 Per-operatório de reconstrução do ligamento cruzado anterior em joelho E e artroscopia de lesão meniscal e condropatia. Uíngia sem intercorrências nem alterações perine vasculares e com bom estado geral, com data de alta planejada.

8/11/20 (manhã)
Ant. Wagner M. Palva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Clínica de Joelho

8/11/20 - Paciente com Dede joel. Refere dor leve a moderada em joelho e dor no tornozelo. FO limpa e não há sinais de infecção.

Ant. Wagner M. Palva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Clínica de Joelho

9/11/20. Paciente com Dede joel. Refere dor leve a moderada em joelho e dor no tornozelo. FO limpa e não há sinais de infecção. Data de alta planejada.

Ant. Wagner M. Palva Filho
Ortopedia - CRM: 7443
Clínica de Joelho

UNICLINIC
OFERECE COM
ORIGINAL



BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: _____

Lehto:

Unidade / Serviço:

Admissão:

[illegible]



NOME
CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / COG. EMISSOR DE
2004009037628 SSP CE

CPF 043.210.663-44 DATA NASCIMENTO 10/09/1991

RAÇÃO

VERIDIANA DIAS DE
ARAUJO

PERMISSÃO ACC CELHA AB

Nº REGISTRO
04989715200

VALIDADE 29/01/2025 1ª REGISTRAÇÃO 20/07/2010

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1847566436



OBSERVAÇÕES
A 2

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
31/01/2020

ASSINATURA DO EMISSOR

24248021455
CE174816898

PROIBIDO PLASTIFICAR
1847566436

CEARA



**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 atrofia 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. Nexa 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º 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 às 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. Grete 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: Recebe
Identidade: 0056176511 CPF: 619.832.923-20
Endereço: Rua Luiz Francisco Xavier, 1121
Bairro/Cidade/Complemento: Paupina / 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 específicos para REPRESENTA-LO junto a Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro DPVAT S.A, também propor, solicitar, acompanhar, 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 vítima

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



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023390/21

Vítima: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

CPF: 619.832.923-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 06/10/2020

Titular do CPF: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

CPF de: Próprio

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

Data da apresentação: 22/01/2021
Nome: NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO
CPF: 619.832.923-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2021
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

NABOR BALTAZAR DE OLIVEIRA NETO

ANDERSSON COSTA SILVA