



FRANCISCO CESAR DE CASTRO NETO
GENERAL JOAO COUTO 111 (CS A) OLAVO OLIVEIRA
60351-000 FORTALEZA-CE
1004 T01

Correios

PRISMA RESIDENCIAL CLUBE - 1004 T01
Vencimento: 11/07/2022

00000000 0001

Para uso dos correios

☐ Multa-se	☐ Não procurado	Entregador
☐ Endereço insuficiente	☐ Ausente	
☐ Não existe n° indicado	☐ Falecido	
☐ Desconhecido	☐ Informação escrita por 3°	
☐ Recusado	☐ CEP errado ou não inform.	
Data	Registrado ao serviço postal em	



Remetente
PRISMA RESIDENCIAL
Avenida dos Expedicionários, 3368, BENFICA
CEP.60411-136
Fortaleza/CE /986717841



Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
Fortaleza - CE - CEP: 60135-040
CNPJ: 07.047.251/0001-70 - CGF: 05.105.648-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei 10.438 de 26 de abril de 2002

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA	TIPO DE FORNECIMENTO	DATAS DE LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
B1 RESIDENCIAL-CONV. Residencial Pleno	MONOFÁSICO		22/06/2021	22/07/2021	30	23/08/2021

INSTALAÇÃO / UNIDADE CONSUMIDORA	Nº DO CLIENTE
7694250	7694250

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
07/2021	29/07/2021	R\$74,62

INFORMAÇÕES FISCAIS
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica-Modelo 6 HASHCODE D74D 2F78.848D.2598.36EF.89D4.F13A.9197 NOTA FISCAL Nº 121915544 SÉRIE ÚNICA DATA DE EMISSÃO 22/07/2021 DATA DE APRESENTAÇÃO 22/07/2021 CFOP 5258. Venda de en. elétrica a não contribuinte CPF/CNPJ Cliente: 048.217.413-77 INSC. EST

MENSAGENS IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif. Vermelha 23/06 - 22/07 "Por determ. da Aneel, a band. tarifária em vigor para 06/21 é VERMELHA PAT 2, deixando a energia mais cara. Para minimizar o impacto no vr da conta, fique atento ao cons. de energia. Confira dicas de economia em enel.com.br"

DESCRIÇÃO DO FATURAMENTO				CONSUMO / kWh			
Bônus de Fatura	Quant.	Preço unit. (R\$)	Valor (R\$)	MÊS/ANO	CONSUMO FATURADO (kWh)	DIAS	TIPO DE FATURAMENTO
Consumo	41	0,61854	25,38	JUL21	41,00	30	LID
Adicional Band. Vermelha	41	0,09049	3,71	JUN21	38,00	31	LID
Débito De Pequenos Valores			35,08	MAR21	37,00	29	LID
COS DOAÇÃO PEO NAZARENO 0000 085 2214			10,00	MAR21	42,00	32	LID
Juros Moratórios			0,47	ABR21	42,00	28	LID
Subtotal Faturamento			28,07	FEV21	47,00	31	LID
Subtotal Outros			45,55	JAN21	43,00	31	LID
TOTAL			74,62	DEZ20	47,00	31	LID

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO E CONSUMO NO PERÍODO							
Nº Medidor	P.Horário/Segmento	Data Leitura	Leitura	Data Leitura	Leitura	Fator Multiplicador	Consumo kWh
5760589-ELE-625	HFP	23/JUN	1956,0	22/JUL	1997,0	1,0	41,0

RESERVADO AO FISCO			

DESCRIÇÃO DO FATURAMENTO							
Bônus de Fatura	Quant.	Preço unit. (R\$)	Valor (R\$)	MÊS/ANO	CONSUMO FATURADO (kWh)	DIAS	TIPO DE FATURAMENTO
Consumo	41	0,61854	25,38	JUL21	41,00	30	LID
Adicional Band. Vermelha	41	0,09049	3,71	JUN21	38,00	31	LID
Débito De Pequenos Valores			35,08	MAR21	37,00	29	LID
COS DOAÇÃO PEO NAZARENO 0000 085 2214			10,00	MAR21	42,00	32	LID
Juros Moratórios			0,47	ABR21	42,00	28	LID
Subtotal Faturamento			28,07	FEV21	47,00	31	LID
Subtotal Outros			45,55	JAN21	43,00	31	LID
TOTAL			74,62	DEZ20	47,00	31	LID

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO E CONSUMO NO PERÍODO							
Nº Medidor	P.Horário/Segmento	Data Leitura	Leitura	Data Leitura	Leitura	Fator Multiplicador	Consumo kWh
5760589-ELE-625	HFP	23/JUN	1956,0	22/JUL	1997,0	1,0	41,0

RESERVADO AO FISCO			

DADOS DE MEDIÇÃO						
Medidor	Grandezas	Postos Tarifários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const. Medidor	Consumo kWh
5760589-ELE-625	ENERGIA ATIVA - kWh	HFP	1956,00	1997,00	1,00	41,00

NOTIFICAÇÃO/REAVISO DE CONTAS VENCIDAS	
Não constam débitos relativos às faturas vencidas no ano de 2020 e anos anteriores. Excluem-se desta declaração os valores não faturados em razão de irregularidades constatadas posteriormente. Esta declaração substitui as quitações anteriores.	

RESPONSÁVEL PELA ILUMINAÇÃO PÚBLICA EM SUA RUAREGIÃO	
PREFEITURA MUNICIPAL FORTALEZA	

CADASTRO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	
Se você ainda não tem débito automático, cadastre-se na sua instituição bancária utilizando o código 7694250	

838400000006 746200310103 031578263076 000076942503

ENEL			
838400000006 746200310103 031578263076 000076942503			
Pagador ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ	CPF	Referência 22/07/2021	Total 74,62
Emissor 07/2021	Nota Fiscal 0202107121915544		
Nº de controle 10031578263	Mensagem		





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

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 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSETA, 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 ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.217.413 / 77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o nº 084.338.003 / 96

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da vítima LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

inscrito (a) no CPF sob o nº 084.338.003 / 96, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020.

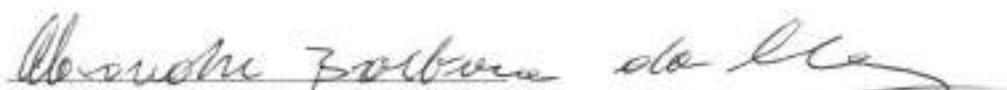
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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:	<u>RUA PROFESSOR CABRAL</u>	Número:	<u>676</u>	Complemento:	<u>FUNDOS</u>
Bairro:	<u>PQ. SANTA ROSA</u>	Cidade:	<u>FORTALEZA</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:	<u>RC527310@GMAIL.COM</u>	CEP:	<u>60.762-775</u>	Tel. (DDD):	<u>(85) 99925-3719</u>

Local e Data: FORTALEZA-CE, 18 DE AGOSTO DE 2022


Assinatura do Declarante

Digitalized data from 1970 to 1999

12/10/2020



HOSPITAL UNIDADE OBSTÉTRICA DE UMIRIM

RUA: SÃO FRANCISCO, S/N - ZONE: (P5) 3364 1448

CEP: 62.666-000 ATU/NICÓDIO - UIRAPAT - CEARÁ

PA: _____

PESO: _____

TEMP: _____

Nº 53

DATA 14/10/2020

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

UNIDADE OBSTÉTRICA DE UMIRIM

1º ATENDIMENTO ☐

SUBSEQUENTE ☐

EMERGÊNCIA ☐

FRANQUEADO ☐

1. IDENTIFICAÇÃO: Lucas Mota Castro Rodrigues

ESTADO CIVIL: Solteiro SEXO: M IDADE: 29

NATURALIDADE: Fortaleza PROFISSÃO: _____

CNS: _____ CATEGORIA: _____

RESIDÊNCIA: Fortaleza

2. QUEIXA PRINCIPAL _____

3. HISTÓRICO ATUAL _____

4. DIAGNÓSTICO Incurável

5. EXAMES SOLICITADOS: _____

Assinatura do Paciente

Assinatura e Carimbo do Médico

HORA

PRESCRIÇÃO/EVOLUÇÃO

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM
ACOMP. DE PRESCRIÇÃO

OBSERVAÇÃO

RUBRICA

① SRI 300ml (v)

② Biotinizado 1amp (v)

③ Dipirona 1amp (v)

03:16

Francislando Lopes do Nascimento
Técnico em Enfermagem
COREN 20000

Dr. Francisco de Assis
Alcides Assis

OBSERVAÇÃO:



**PERBOYRE
CASTELO**

LABORATÓRIO DE RADIOLOGIA DENTÁRIA

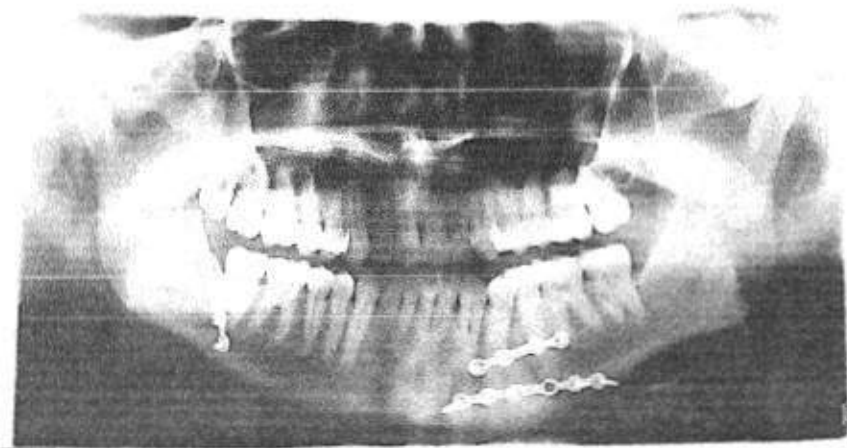
LAUDO RADIOGRÁFICO

Rua Raimundo Vitor, 310 - PARQUELÂNDIA - FORTALEZA - CE - CEP 80.480-110
TELEFONE: (85) 3287.4898

Paciente: **LUCAS MOTA CASTRO
RODRIGUES**
Indicação: **EDUARDO COLARES**

Data: **25/01/2021**
Idade: **22 a 10 m**

Hora: **10:14:47**



Radiografia Panorâmica:

- ❖ Ausência do 3º molar superior esquerdo (28) e 3º molares inferiores.
- ❖ Presença de aparatologia cirúrgica (placas e parafusos) projetada na mandíbula.
- ❖ Caninos e incisivos com desgaste de cúspides/bordos incisais.
- ❖ Apinhamento dentário discreto na região de incisivo lateral superior esquerdo (22).
- ❖ 2º molar inferior esquerdo (37) com área radiolúcida projetada no terço cervical da raiz mesial. Sugere-se radiografia periapical para melhor visualização e análise.
- ❖ Apinhamento dentário na região de pré-molares inferiores do lado esquerdo.
- ❖ Côndilos assimétricos.
- ❖ Seios maxilares com radiotransparência compatível com a normalidade e com extensões alveolares.


Cristiane Rodrigues Guimarães
CRD-CE: 4955

Em caso de dúvidas solicitamos contato com nosso corpo clínico

Identificação do Emitente

União de Clínicas do Ceará Ltda. - Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima
CNPJ: 05.867.015/0001-75 - Telefone: 3311.6000 - Cidade: Fortaleza - UF: CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Eduardo Colares
Cirurgião - Dentista

Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Lucas Costa Gomes

Endereço: Av. Expedicionários 3368 Fátima

Prescrição: ① Arak Can / Sigma Can 400mg / Sin -
Suspensão (140ml)

Tomar 10ml de 4/4 em 7 dias

② Nimesulide 50mg/ml - suspensão
Tomar 40ml de 4/4 em 7 dias

Data: 07/11/20 04 AN.

Identificação do Comprador

Nome: Lucas Costa Gomes
Ident.: Rodrigues Org. Emissor:
End.:
Cidade: Fortaleza UF: CE
Telefone: 96392723

Identificação do Fornecedor

Data: / /
Assinatura do farmacêutico



P/ LUCAS HORTA CASTRO FODMANNES

SOUVITO

CELA cervical RÍGIDO com
ARCO MENTONIANO

imp: fratura de CERVICO - occipital

21/10/2020

Dr. Arnaldo Arruda
Neurocirurgia
Cirurgia da Coluna
CRM 14.413 RQE 7696

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311-6000

Identificação do Emitente

União de Clínicas do Ceará Ltda. - Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima
CNPJ: 05.867.015/0001-75 - Telefone: 3311.6000 - Cidade: Fortaleza - UF: CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Eduardo Colares
Cirurgião Dentista

Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Lucas Montes Castro

Endereço: R. Extremidade 3368 Rumen

Prescrição:

① Siga Clar / Amox Clar 400mg / 5ml
- Sussente om - 1 dose (20ml)
Pom 10ml de 11/12

Data: 10, 11, 20 por 03m

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Data: / /

Assinatura do farmacêutico

Paciente Lucas Casmo

Retorno:

4-Fam 11/11/20

AS 7:30 Wm

Centro Odontológico

Dr. Gustavo Colares

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

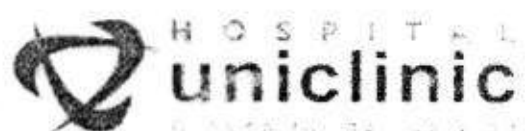
www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311-6000

Registado no CNJ - OAB/CE

SOLICITADO MRH

12.10.20
02.11.20



85 3311-6059 | 3311-6000
Av. Aguanambi, 332
Fatima - Fortaleza-CE

DATA DE NASC	12.10.20
DATA DE NASC	02.11.20

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO										
QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE										
NOME	Lauro Mate Costa Rodrigues				DATA DE NASC	02/03/1948				
CPF	08433800396	RG	200604114114	IDADE	74	ESTADO CIVIL	Solteiro	SEXO	Masculino	
EXERCÍCIO	At. dos Expedientes				BAIRRO			Olympica		
CIDADE	Fortaleza	CEP	60020300	ESTADO	CE	NATURALIDADE				Brasileira
Pai				Romildo Rodrigues Mate		Mãe		Lucimara Mate Costa		
MÉDICO RESPONSÁVEL		CRM		DATA DA INTERNAÇÃO		TELEFONE		159795-0152		

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL										
NOME	Romildo Rocha Ribeiro				DATA DE NASC	15/10/1940				
CPF	02877036307	RG	200500252284	PARENTESCO	Encarregado	CPF	0985276730			
EXERCÍCIO	Rua Guilhermino Rocha, 9				BAIRRO			Mudumirim		
CIDADE	Fortaleza	CEP	60767590	ESTADO	CE	NATURALIDADE				Brasileira

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do prontuário de internamento do paciente acima descrito, para assumir 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, de de 2022



Romildo Rocha Ribeiro
PACIENTE OU RESPONSÁVEL (nome legível)

CARTÓRIO
Moreira
de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Montenegro, 70 - Monte Castelo - Fortaleza / CE - CEP 60.525-720
Fone: (85) 3281.0080 | escrituragc.cartomonteiradeus.net.br
Tabela: Maria de Fátima Rios Monteiro de Deus

Reconhecido por Semelhança a(s) firma(s) abaixo:

ROMILDO ROCHA DIBGO

Fortaleza, 01/08/2022

Feito somente com o selo de autenticidade.

Em testemunho da verdade.

Laleska Almeida Aquiar - Esc. Autorizada





Atendimento: 1.731.315
Nº Prontuário: 478.380
Dt Internação: 18/10/2020 18:51

Nome: Lucas Mota Castro Rodrigues

Nome do Pai: Lucas Mota Castro Rodrigues

Estado Civil:

Nome da Mãe: Romildo Rodrigues Mota

Nascimento: 02/03/1998

Endereço: AV EXPEDICIONARIOS, 3368 FATIMA Torre 1 Ap 1004

Bairro: FATIMA

Naturalidade:

Conjuge:

Nome da Mãe: Jucinara Mota Castro

Idade: 22 Anos

Cidade: Fortaleza

Religião:

Sexo:

Sexo: Masculino

CNPJ: 08433800396

Identidade: 2006014114119

Telefone 1: (85) 997955253

Dt Entrada: 18/10/2020

Dt Alta:

07/11/20 13:38H

Acomodação:

U.T.I:

Unidade:

106

Plano de Saúde:

Nome:

UNIMED

Empresa:

GIH:

Autorização:

132181958

Cód. Usuário:

00630020053821874

Responsáveis:

Nome: Jucinara Mota Castro

Endereço: AV EXPEDICIONARIOS - FATIMA Torre 1 Ap

RG: 2000002332958

CNPJ: 96287675349

Parentesco:

Telefone 2: (85) 996392723

Telefone 3: 996392723

Telefone 4: não digitado

Parentesco:

Telefone:

Celular:

Telefone:

Nome:

Endereço:

RG:

CNPJ:

AUDITADO
18/11/20
ALINE

Queixa Principal:

FATURAMENTO UNICLINIC

RECEBIDO EM:

16/11/2020

Ra

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(s) Lucas Mota Castro Rodrigues, CNPJ nº 08433800396, aqui declarado, internado neste Hospital, assume, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos, materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessários durante o período de internação, desde que antes não sejam cobertos por seu plano de saúde, afirma também ter conhecimento que o Hospital Uniclínica não se responsabiliza por valores em dinheiro e objetos pessoais deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não havendo, desta forma, qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a sua permanência no mesmo.

Responsável pelo Atendimento

Vander Veras Vieira

Paciente ou Responsável

UNICLINIC
ONFERE COM C
ORIGINAL

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente	Lucas Mota Castro Rodrigues	Idade	22 Anos	Sexo	Masculino
Identidade	2006014114119	CPF	08433800396	Telefone 1	997955253
Data Nascimento	02/03/1998	Idade	22 Anos	Telefone 2	não digitado
Endereço	AV EXPEDICIONARIOS , 3368	Bairro	FATIMA	CEP	60.000-000
Interação		Apto / Leito	U.T.I / 106	Clinica	Médica
Convênio	UNIMED	Cód. Usuário	00630020053821874	Dr. Validade	30/04/2021
Guia		Senha	132181958		
Médico	Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)				

Responsável	Jucinara Mota Castro	Telefone 3	996392723
Identidade	20000023329582	Telefone	(85)996392723
Endereço	AV EXPEDICIONARIOS - FATIMA	CEP	60000000

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO

Autorizo a equipe médica do Hospital Uniclinic, a prestar atendimento médico-hospitalar e/ou cirúrgico ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, assim como encaminhar para exames complementares qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessária para esclarecimento diagnóstico ou tratamento, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários para o meu atendimento.

Fui informado quanto a proposta de tratamento(s), assistência clínica, medicamento(s) ou procedimento(s) (exames e cirurgias) a(s) qual(is) serei submetido. Fui informado ainda que os benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica, sendo a mim concedida a oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre e esclarecido.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o tratamento / assistência clínica / procedimento ou realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Fui esclarecido das limitações do contrato como beneficiário de plano de saúde, estando ciente que o simples fornecimento de guia/senha de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio. O hospital não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre mim e a Operadora de Planos de Saúde e havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, o hospital poderá cobrar os valores devidos diretamente a mim e/ou ao meu responsável, pela tabela própria, a qual se encontra à disposição para consulta na administração.

PROIBIÇÃO DO INGRESSO DE ARMAS NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL

Declaro para os devidos fins que tenho ciência da proibição do Hospital Uniclinic para com o ingresso de qualquer tipo de arma, branca ou de fogo, nas suas dependências. Afirmando que no momento da minha internação não estou portando qualquer espécie de arma, e que mesmo que possua porte de arma devidamente legalizado, não portarei qualquer espécie de arma durante minha estadia nas dependências do Hospital Uniclinic.

TERMO DE CIÊNCIA DE COBRANÇA INDEVIDA

O Hospital Uniclinic vem por meio deste, informar que toda e qualquer solicitação de pagamento, acertos de materiais e procedimentos que não sejam contemplados pelo plano de saúde ou oriundos de internações particulares, serão realizados exclusivamente de forma presencial, junto a tesouraria do Hospital e nunca através de ligações e/ou transferências bancárias de pessoa física.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Hospital Uniclinic (Atendente)

Responsável

Paciente

Testemunha 1

CPF

UNICLINIC
 CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 18/10/20

DATA: 28/10/20

André G. de S. V. D. O
28/10/20 *lêm*

Nome do Paciente: Lucas Melo C. R. de S.

Enf. Aplo:

Leito:

Médico:

Credenciamento:

Internamento:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

MATERIAL UTILIZADO

1) Dato 024
2) Dupnora 2 18 AD EV
3) Catepa 100 - 2 + 100 - 2 STC, 91.
EV 12/124
4) Tonal 100 - 2 + 100 - 2 STC, 91. EV
8/8h SN
5) Plonil 2 18 AD EV 8/8h SN
6) SSVV + CCGG
7) Eriton mobiliza caries

Ser. 20cc

Ser. 10cc

Ser. 5cc

Agulha 40/12

Agulha 13/4,5

Equipo

Equipo c lat.

Soro Físio. 100ml

Soro Glico. 100ml

Abd 500ml p/02

S. Aspiração

BOMBA DE INFUSÃO

OXIGÊNIO

MED. LIG. DES. LIG.

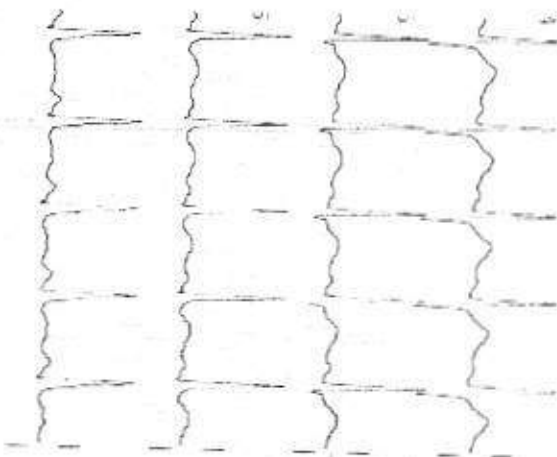
DES.

GLICEMIA

HORA VALOR INSULINA

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

UNICLINIC
UTI ADULTO



0,15-100 Hz

100B CL

P2

100B CL

P2

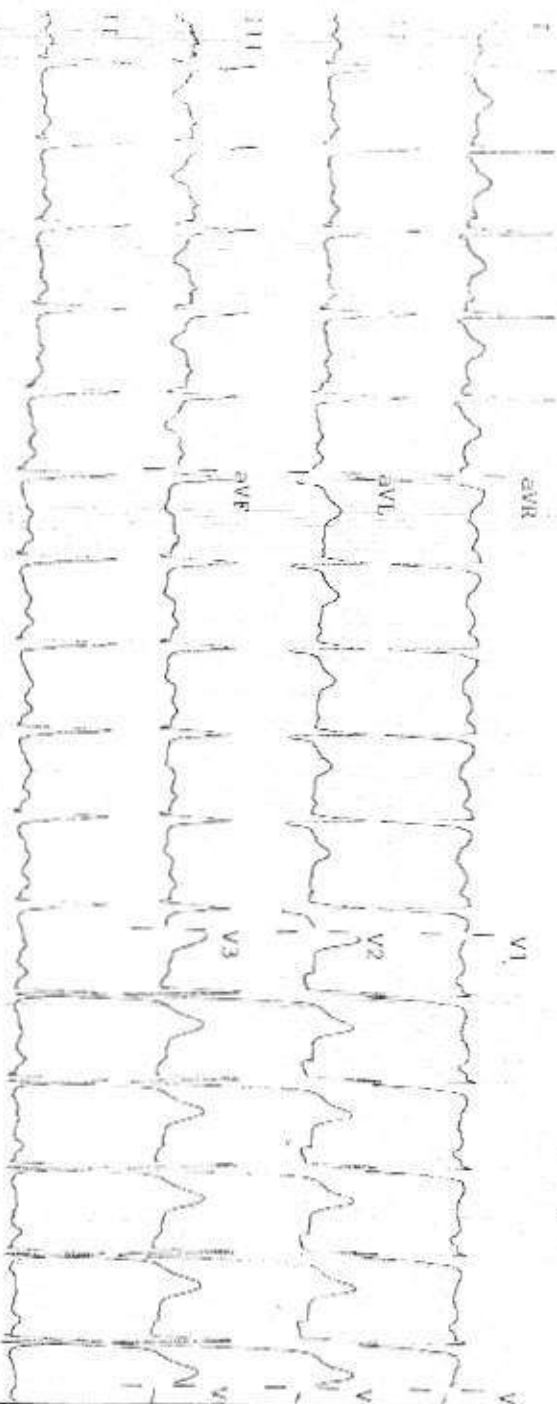
Freq	99	QT	297	QTc	434	P	57
PR	161					QRS	47
QRSD	86					T	-16

INTERPRETAÇÕES

- Unconfirmed Diagnosis
- Taquicardia sinusal
- freq > 99
- Provável dilatação do átrio esquerdo
- P > 50 ms, < 0,10 mV V1
- Alteração da repolarização limítrofe
- Qifra ST e T alter
- Supra do ST, consid padrão de repol precoce normal
- Supra ST, < 55 anos

Lucas, João C. Rods
Data: 02/05/1998 22 Anos
Sexo: Masculino
Motivo: pós-operatório padrão

18/10/2020 21:23:49



Velocidade: 25 mm/s
Sensibilidade: 10 mm/mV
Tela: 10 mm/mV

F 6

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

2394923



Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nasco: 02/03/1998 22a 7m 16d
Data Entrada: 18/10/2020 18:51:54

Atendimento: 1.731.315
Convênio: UNIMED / ENFERMARIA
Data Presc: 18/10/2020 20:35:15

106

Médico Resp: Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Dietas	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
--------	------	-----------	------------	-------------------

Soluções
Vol. 1000ml/24h a 42ml/h em Bomba de Infusão

Soro Ringer C/Lactato Fr 500ml 500 ml

Medicamentos: Dose/Intervalo / Via Horários

1 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/Im 1 amp Intermitente ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 18 Mililitros de Agua Destilada Amp 20ml Ev

DILUIR EM 18 CC AD - EV 1 amp Intermitente ACM

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev 1 amp Intermitente ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Fr 100ml

Administrar em 30 minutos

SE DOR INTENSA. DILUIR EM 250 ML SF EV S/N

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev 1 amp 8/8 h IV 22

Separar 2 Mililitros do medicamento em 18 Mililitros de Agua Destilada Amp 20ml Ev

DILUIR EM 18 CC AD - EV 1 FA 1x ao dia IV

4 Paroloprazol 40mg Po Fa Ev 1 FA 1x ao dia IV

Recomendações Intervalo Horários

VIGILANCIA NEUROLÓGICA 22:00

PUNÇÃO COM JELCO S/N 22:00

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE m. abd. abd. 22:00

Monitor cardíaco 20:10

Arterial de pulso 20:50

A DX aguda 20:50

Renato O. Mota
CPF: 154.590.233-08
CRM: 4867

21.23

Renato O. Mota
CPF: 154.590.233-08
CRM: 4867

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

PACIENTE: <u>Lucas Neto Castro</u>		ATENDIMENTO:	CONVÊNIO:							
EIXO DE CUIDADO	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM								
TEMPO/ESPAÇO	() Observar nível de consciência	8	12	16	20	24	4			
	() Manter vigilância	SEMPRE								
MOBILIDADE	() Estimular mudança de decúbito	SEMPRE								
	() Realizar mudança de decúbito*	9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Manter repouso	SEMPRE								
	() Manter cabeça elevada a 30°	SEMPRE								
	() Elevar membros a °	MANTER								
	() Realizar contenção se agitação	SN								
	() Manter grades de proteção da cama elevadas	SEMPRE								
HIGIENE	() Banho no leito	Manhã()	Tarde()	Noite()						
	() Oral com clorexidine aquosa	M	T	N						
	() Ocular com SF a 0,9%	M	T	N						
	() Íntima	SN								
CONDIÇÕES DA PELE	() Realizar hidratação da pele	M								
	() Proteger proeminência óssea	T								
	() Avaliar risco de Úlcera por Pressão	N								
	() Realizar curativo.	SEMPRE								
	Local: Usar:	No Banho: (Informar turno)								
ALIMENTAÇÃO	() Manter a cabeça a 45° ou 60° durante a dieta	SN								
	() Avaliar posição de sonda antes de instalar dieta	9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Controlar gotejamento das dietas	SEMPRE								
	() Lavar a SNG/SNE/GTT após as dietas	9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Instalar dieta em BIC e anotar vazão no BH	() h								
	() Avaliar RG antes de administrar a dieta em caso de reiniciar	SEMPRE								
	() Estimular ingestão de alimento por via oral	SN								
	() Medir e anotar RG	Anotar no Balanço Hídrico Diário								
	() Renovar fixação de sonda	APÓS O BANHO								
OXIGENAÇÃO	() Manter vias aéreas pervias	SEMPRE								
	() Observar perfusão periférica	8	12	16	20	24	4			
	() Observar padrão respiratório	SEMPRE								
	() Manter nível de água no umidificador do VM	SEMPRE								
	() Trocar látex, máscaras e kits de NBZ	1X DIA								
	Aspirar secreções: ()TOT ()TQT VAS()	8	11	14	17	20	2	3	2	5
ACESSO VENOSO	() Observar sinais de infiltração	SEMPRE								
	() Observar sinais de flebite	SEMPRE								
	() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas	Informar data próx. Troca:								
	() Controlar gotejamento em infusão livre	SEMPRE								
	() Trocar conexões e equipos simples	T								
	() Trocar equipo BIC a cada 72h	(M) e informar próx. troca:								
ELIMINAÇÕES	() Registrar em BH diurese	ROTINA								
	() Registrar em BH evacuações	ROTINA								
	() Mensurar drenos. Tipo:									
	() Mensurar drenos. Tipo:									
CUIDADOS ESPECIAIS										

(*)Será utilizado DISCO DE MUDANÇA DE DECÚBITO para orientar horário de rodízio dos decúbitos.

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro(a) Responsável:

UNICLINIC
ONFERE COM C
ORIGINAL

BALANÇO HÍDRICO

Balanço Cumulativo do Dia
Anterior:

POME: **Lucas Mota Castro** IDADE: **22** ATENDIMENTO: **1.731.315** LEITO: **106** DATA: **18/10/20**

SINAIS VITAIS

DROGAS Continuas (ml/h)

GANHOS

PERDAS DIÁRIAS

HORA	TEMPERATURA (°C)	FC (Bpm)	FR (lpm)	PA (mmHg)	PAM (mmHg)	GLICEMIA (mg/dL)	INSULINA (UI)	PVC (cmH2O)	PIC	B1	B2	B3	B4	B5	HIDRATAÇÃO VENOSA	N.PARENTERAL	DROGAS	MEDICAÇÕES	SNE/ERG	DIETA ORAL/ÁGUA	HEMODERIVADO	DIURESE	EVACUAÇÕES	RESÍDUO. GAST.	DRENOS	HD	BALANÇO PARCIAL
07:00																											
08:00																											
09:00																											
10:00																											
11:00																											
12:00																											
SUB-TOTAL																											
13:00																											
14:00																											
15:00																											
16:00																											
17:00																											
18:00																											
19:00																											
20:00	36.4	124	20	142	85	104	134			42																	
21:00																											
22:00	37.1	130	19	139	84	102				42																	
23:00																											
00:00	37.5	102	19	124	76	93				42																	
SUB-TOTAL																											
01:00																											
02:00	37.1	100	20	140	76	100				42																	
03:00																											
04:00	37.1	103	19	135	80	99				42																	
05:00																											
06:00	37.1	102	18	154	85	108				42																	
SUB-TOTAL																											
TOTAL																											
TOTAL INFUNDIDO:																											
TOTAL ELIMINADO:																											
BALANÇO FINAL:																											

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

BALANÇO PARCIAL

ASSINATURA e CARIMBO

Assinatura do Médico
18/10/2020
CE 099128

Assinatura do Enfermeiro
18/10/2020
CE 930125

LEGENDA PARA INRSÕES INTERMITENTES E CONTÍNUAS: I = IMR, DE SOLUÇÃO F = FIM DE SOLUÇÃO P = PAUSA NA SOLUÇÃO

Enf:

HORA	ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA							
	Modalidade de Ventilação	Ligado	Desligado	Modificado Para	PEEP	FLUXO	FIO ₂	SpO ₂
07:00								
08:00								
09:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00	A A							100%
21:00								
22:00	A A							100%
23:00								
00:00	A A							100%
01:00								
02:00	A A							100%
03:00								
04:00	A A							100%
05:00								
06:00	A A							100%

LEGENDA: MODALIDADE DE VENTILAÇÃO

MV: VENTILAÇÃO MECÂNICA;

MV: MÁSCARA DE VENTURI

MR: MÁSCARA RESERVATÓRIO A 100%;

CN: CATETER NASAL (L/min)

GASOMETRIA

OXIGÊNIO		AR COMPRIMIDO	
LIG	DESL.	LIG.	DESL.

BOMBA DE INFUSÃO

MEDICAMENTOS	LIG.	DESL.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente **Lucas Mota Castro Rodrigues**
 Data Nascto. 02/03/1998 22 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 996392723
 Leito 106

Atendimento 1.731.315
 Prontuário 478.380
 Dt. Entrada 18/10/2020 18:51:54
 Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2020 20:33	18/10 23:59	Enfermeiro	Evolução		Leandra Velyne Cardozo Martins	

Enfermeiro(a): Leandra Velyne Cardozo Martins

Data Internação: 18/10/2020 18:51:54

ADMISSÃO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - 18/10/2020

- Nível de consciência/orientação: Consciente, orientado
- Locomoção: Em maca
- Padrão respiratório: Ar ambiente
- PA: 132x89 mmHg
- Dieta: Vo em zero
- Incisão cirúrgica: Sem
- Venoclise e disposição de Infusão: AVP EM MSE
- Lesões: Face (escoriação)
- Eliminações urinárias e fecais: Espontânea
- Queixas: Sem
- Perfusão: Eficaz

Às 20:10 h paciente admito na UTI proveniente da emergência. HD: TCE

Paciente consciente, orientado. Em ar ambiente.

Durante admissão visualizado pontos de sutura em palpebra D

Não visualizado globo ocular por edema, periorbital.

Realizado glicemia capilar de admissão

Mantendo colar cervical

Mantendo dieta zero até segunda ordem

Mantendo acesso venoso periférico em membro superior esquerdo.

Realizado ECG de admissão

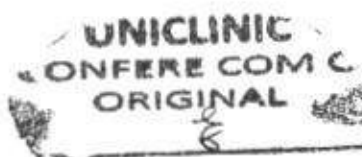
Resposta espontânea. Evacuações ausentes

Em vigilância neurológica a cada 2 horas

Pendência

Parecer do neurologista

Leandra Velyne Cardozo Martins / 419784



Leandra Velyne Cardozo Martins
 COF. 419.784-ENF

FOLHA DE GASTOS HOSPITALARES - UTI

Nome:

João Roberto

Leito: *106*

Convênio:

Unimed

Data: *15.10.10*

Material	M	T	N	Total	Material	M	T	N	Total
Abocath nº					Luva Estéril nº 7,0				
ABD 20ml	<i>02</i>				Luva Estéril nº 7,5				
ABD 500ml					Luva Estéril nº 8,0				
Aguilha Descartável 40x12	<i>03</i>				Luva Procedimento				
Alcool 70% ml					Micropore cm				
Algodão gr					Seringa 1ml				
Algodão Ortopédico gr					Seringa 3ml				
Atadura Crepom cm					Seringa 5ml				
Cateter Nasal					Seringa 10ml				
Cateter Venoso Central Duplo Lumen					Seringa 20ml				
Cateter Venoso Central Single Lumen					S.F. a 0,9% 10ml				
Clorexidina Alcolólica ml					S.F. a 0,9% 100ml				
Clorexidina Aquosa ml					S.F. a 0,9% 250ml				
Clorexidina Degermante ml					S.F. a 0,9% 500ml				
Clorexidina Tópica ml					S.F. 1:1 500ml				
Coletor de Urina (Sistema Aberto)					S.G. a 5% 100ML				
Coletor de Urina (Sistema Fechado)					S.G. a 5% 250ML				
Cone Luer					S.G. a 5% 500ML				
Eletrodo	<i>10</i>				SRL 500ml				
Equipo Macrogotas Simples					Sonda Aspiração Traqueal nº				
Equipo BIC	<i>05-hr</i>				Sonda Nasogástrica nº				
Equipo BIC Fotossensível					TQT nº				
Esparadrapo Impermeável cm					TQT nº				
Espátula					TOT nº				
Eter ml					Torneira 3 Vias				
Extensor					Xilocalina Geleia gr				
Fita Adesiva Hospitalar cm					BIC NA a 8,4% 10ml				
Fita de Glicemia	<i>01</i>				Glicose a 50% 10ml				
Gaze Acolchoada					GLUC CA a 10% 10ml				
Gaze Simples 7,5x7,5					KCL a 10% 10ml				
Lanceta	<i>01</i>				MGS04 a 50% 10ml				
Lâmina de Bisturi nº					NACL a % 10ml				
					Aguilha Descartável				
					Aguilha Descartável				

UNICLINIC
CONFERE COM C
ORIGINAL

FOLHA DE GASTOS DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES - UTI

CURATIVO HD BANDEJA DE CURATIVO ESTÉRIL: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml GAZE SIMPLES: 20 GORRO: 1 MÁSCARA: 1 MICROPORE: 20cm S.F 0,9% 10ml: 3	CURATIVO CVC CONVENCIONAL BANDEJA DE CURATIVO ESTÉRIL: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 MICROPORE: 20cm S.F 0,9% 10ml: 3	CURATIVO CVC COM IV3000 BANDEJA DE CURATIVO ESTÉRIL: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 MICROPORE: 20cm S.F 0,9% 10ml: 2	CURATIVO DE SACRA CURATIVO ESTÉRIL: 1 CURATIVO ESPECIAL GAZE SIMPLES: 10 LUVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 MICROPORE: 40cm S.F 0,9% 10ml: 5	OUTRO CURATIVO CURATIVO ESTÉRIL: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml CURATIVO ESPECIAL GAZE SIMPLES: 10 LUVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 MICROPORE: 40cm S.F 0,9% 10ml: 5
--	---	---	--	--

PAM AGULHA 25x7: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 30ml FIO MONOTON Nº 3 Ø 1 GAZE SIMPLES: 30 GORRO: 1 CATETER SINGLE LUMEN HEPARINA: 1ml ABOCATH Nº: 1 KIT PAM: 1 LAMINA DE BISTURI: 1 LUVA ESTÉRIL Nº: 1 PAR MÁSCARA: 1 MICROPORE: 20cm SERINGA 10ml: 1 SERINGA 20ml: 1 S.F 0,9% 500ml: 1 XILOCAINA SV: 10ml	PVC (INSTALAR/TROCAR) EQUIPO PVC: 1 ESPARADRAPO: 20cm GORRO: 1 LUVAS PROCEDIMENTO: 1 SORO FISIOLÓGICO 500ml: 1 TREE WAY: 1	PUNÇÃO PERIFÉRICA ALGODÃO: 15g CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml ESPARADRAPO: 15cm EXTENSO 20cm: 1 JELCO Nº 20: 1 LUVA PROCEDIMENTO: 1par SERINGA 10ml: 1 S.F 0,9% 10ml: 1	RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO ALGODÃO: 15g BLOND STOP: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml LUVA PROCEDIMENTO: 1par AQUECER MEMBROS ALGODÃO ORTOPÉDICO: 20cm ATADURA CREPON 15cm: 2 LUVA PROCEDIMENTO: 1par	TROCA DE SELO D'ÁGUA ABO 500ml: 1 LUVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1
---	---	---	---	--

CATETERISMO GÁSTRICO ESPARADRAPO: 10cm ETÉR: 10ml GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUVA ESTÉRIL: 1 MÁSCARA: 1 SERINGA 20ml: 1 SONDA SNG Nº: 1 XILOCAINA GEL: 5gr RETIRAR SNG GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 SERINGA 20ml: 1	ENTUBAÇÃO ESPARADRAPO: 30cm GORRO: 1 LUVA ESTÉRIL Nº: 1 MÁSCARA: 1 SERINGA 20ml: 1 SONDA ASP TRAQUEAL: 1 TOT Nº: 1	EXTUBAÇÃO GORRO: 1 LUVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 SERINGA 20ml: 1	COLETOR ASPIRADO TRAQUEAL COLETOR DE MUCOSIDADE: 1 GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUVA ESTÉRIL: 1 MÁSCARA: 1 SONDA ASPIRAÇÃO Nº: 1 PORTA DE CATETER PI CULTURA BANDEJA DE CURATIVO ESTÉRIL: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml FRASCO ESTÉRIL: 1 GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LAMINA Nº: 1	CLISTER GLICERINADO GLICERINA 12% 500ml: 1 XILOCAINA GEL: 5gr LUVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1
--	--	--	---	---

CATETERISMO VISICAL DEMORA ABO 10ml: 02 AGULHA 40x12: 01 BANDEJA DE CATE VESICAL CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 1 GAZE SIMPLES: 20 GORRO: 1 LUVA ESTÉRIL Nº: 1 MÁSCARA: 1 SONDA FOLLEY 2 VIAS Nº: 1 SONDA FOLLEY 3 VIAS Nº: 1 XILOCAINA GEL: 5gr	CATETERISMO VISICAL ALÍVIO BANDEJA DE CATE VESICAL: 1 CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml GAZE SIMPLES: 20 GORRO: 1 LUVA ESTÉRIL Nº: 1 MÁSCARA: 1 SACO COLETOR ABERTO: 1 SONDA URETRAL Nº: 1 XILOCAINA GEL: 5gr	RETIRAR SVD GORRO: 1 LUVA PROCEDIMENTO: 1 MÁSCARA: 1 SERINGA DE 20ml: 1	COLHER URINOCULTURA AGULHA 40x12: 01 BANDEJA CURATIVO ESTÉRIL: 1 CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml FRASCO COLETOR URINA ESTÉRIL: 1 GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUVA ESTÉRIL Nº: 1 LUVA PROCEDIMENTO: 1 MÁSCARA: 1 SERINGA 10ml: 1 SONDA URETRAL Nº: 1 XILOCAINA GEL: 5gr
---	--	--	--

CATETERISMO VISICAL ABD 10ml: 02 AGULHA 40x12: 01 BANDEJA DE CATE VESICAL CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 1 GAZE SIMPLES: 20 GORRO: 1 LUVA ESTÉRIL Nº: 1 MÁSCARA: 1 SONDA FOLLEY 2 VIAS Nº: 1 SONDA FOLLEY 3 VIAS Nº: 1 XILOCAINA GEL: 5gr	CURATIVO TQT GAZE SIMPLES: 15 GORRO: 1 LUVA PROCEDIMENTO: 3 MÁSCARA: 1 S.F 0,9% 10ml: 3	CURATIVO GTT GAZE SIMPLES: 10 MICROPORE: 30cm LUVA PROCEDIMENTO: 1 MÁSCARA: 1 S.F 0,9% 10ml: 1	GASTO DO ORTO ALGODÃO: 80gr ESPARADRAPO: 40cm GORRO: 1 LENÇOL DESCARTÁVEL: 2 LUVA PROCEDIMENTO: 1 MÁSCARA: 1 INSTALAR/TROCAR KIT TRACH CARE	TROCA DE TQT GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUVA ESTÉRIL Nº: 1 MÁSCARA: 1 SERINGA 20ml: 1 TQT Nº: 1 TRAQUEFIX: 1 XILOCAINA GEL: 5gr
--	---	--	---	---

OUTROS:

UNICLINIC
CONFÉRMICA ORIGINAL



Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues

Data Nascimento: 02/03/1998 22a 7m 16d

Data Entrada: 18/10/2020 18:51:54

Médico Resp: Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento: 1.731.315

Convênio: UNIMED / ENFERMARIA

Data Presc: 19/10/2020 12:00:00

Prontuário: 478.380

Dieta: Branda Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Soluções

1 Vol. 1000ml/24h a 42ml/h em Bomba de infusão

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml

500 ml

Medicamentos

1 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/Im

Dose / Intervalo / Via

Horários

ID P E

Separar 2 Mililitros do medicamento em 18 Mililitros de Agua Destilada Amp 20ml Ev

DILUIR EM 18 CC AD - EV

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Fr 100ml

Administrar em 30 minutos

SE DOR INTENSA. DILUIR EM 250 ML SF EV S/N

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

22

06

2° S

4 Pantoprazol 40mg Po Fa Ev

1 FFA 1x ao dia IV

06

06

2° S

Recomendações

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

ATT.

Intervalo

Horários

PUNÇÃO COM JELCO S/N

ATT.

Intervalo

Horários

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE

Conto de 10g 10 lit de - por furo 26

Fisioterapia 2x 1m 2x 1m 2x 1m

Monitor + Deitado

Monitor + Deitado 4x 1m

Monitor + Deitado 4x 1m

Monitor + Deitado 4x 1m

Monitor + Deitado 4x 1m

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

106
605-2

Página 1
Sistema de Monitoramento e Prescrição
Data: 18/10/2020 18:51:54
Médico: Natalia Medeiros Mourão
CRM: 018113
CNPJ: 07.343.343-08

GASTOS HOSPITALARES

Nome: Luís Roberto Rodrigues

Convênio: Unimed

Data: 19/10/2020

Material	Total	GASOTERAPIA			
		OXIGÊNIO		MONITOR + OXÍMETRO	
		Ligado	Desligado	Ligado	Desligado
Água para injeção 10ml	3				
Água para injeção 20ml					
Agulha 13x4,5					
Agulha 25x7					
Agulha 30x8	5				
Agulha 40x12					
Cafeteira nasal					
Eletrólito					
Equipos para bomba de infusão					
Equipos para bomba de infusão fotoacústica	1				
Equipos simples					
Extensor 20cm	3+3				
Fita para glicosímetro + lanceta					
Gazes alcoolizados					
Gazes simples					
Ituxol					
IV 3000					
Luva estéril					
Luva procedimento					
Seringa 20cc					
Seringa 10cc	3				
Seringa 5cc	1				
Seringa 3cc	1				
Seringa insulina					
Seringa SNG					
SF 0,9% 100ml	1				
SF 0,9% 250ml					
SG 5,0% 250ml					
Tornador Tree Way					
Cone-luz					
Xilocaína gel 0,5gr					
Gazes simples 10					
Seringa 20cc 01					
Éter 10ml					
ESPARADRAPO 10cm					
MÁSCARA 01					
RETIRAR SVD					
MÁSCARA 01					
LUVA DE PROCEDIMENTO 01					
SERINGA DE 20CC 01					
PUNÇÃO PERIFÉRICA					
JELCO Nº 01					
EXTENSOR 60cm 01					
SERINGA 20CC 01					
ASD 15ml 02					
ESPARADRAPO 15cm					
LUVA DE PROCEDIMENTO 01					
ALGODÃO 15gr					
ALCOOL 15ml					
CURATIVO F.O.					
SF 0,9% 10ml 02					
MICROPORE 30cm					
GAZES SIMPLES 10 UNO					
MÁSCARA 01					
GORRO 01					
LUVA DE PROCEDIMENTO 01					
KIT CURATIVO ESTÉRIL 01					
CLOREXIDINA 15ml					
OUTROS					
RETIRAR SNG					
MÁSCARA 01					
LUVA DE PROCEDIMENTO 01					
SERINGA DE 20CC 01					
GASTO DO ÓRITO					
LENÇÓIS 02					
ALGODÃO 60gr					
ESPARADRAPO 20cm					
LUVA DE PROCEDIMENTO 01					
MÁSCARA 01					
GORRO 01					
CURATIVO CVC CONVENCIONAL					
GAZES SIMPLES 20					
MICROPORE 20CM					
LUVA DE PROCEDIMENTO 01					
CLOREXIDINA ALCOOLICA 15ml					
MÁSCARA 01					
SF 0,9% 10ml 01					
CURATIVO C/ ATADURA					
ATADURA 10cm					
MICROPORE 20cm					
LUVA DE PROCEDIMENTO 01					
CLOREXIDINA 15ml					
MÁSCARA 01					
SF 0,9% 10ml 02					
RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO					
LUVA PROCEDIMENTO 01					
ALGODÃO 15gr					
SV ALVO					
GORRO 01					
MÁSCARA 01					
LUVA ESTÉRIL 01 PAR					
SONDIA URETRAL Nº 01					
CLOREXIDINA AQUOSA 15ml					
GAZES 10					
XILOCAÍNA GEL 0,5gr					
CURATIVO TQT					
GAZES SIMPLES 30+20					
SF 0,9% 10ml 01+01					
LUVA DE PROCEDIMENTO 03+01					
MÁSCARA 01					
CURATIVO GTT					
GAZES SIMPLES 20					
SF 0,9% 10ml 01					
LUVA DE PROCEDIMENTO 01					
MÁSCARA 01					
PASSAGEM DE SNG					
SONDIA SNG Nº 01					
LUVA ESTÉRIL 01					
XILOCAÍNA GEL 0,5gr					
GAZES SIMPLES 10					
SERINGA 20CC 01					
ÉTER 10ml					
ESPARADRAPO 10cm					
MÁSCARA 01					

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Anterior:

DATE: 10/10/20

37150/08

15

659

St. John

Mr

Merino

Ernst
Aus:

Answer

Avez

Avez

100

100

BALANCO ET AL.

P = PATISA NA SOLUÇÃO

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

HORA	ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA							
	Modalidade de Ventilação	Ligado	Desligado	Modifco Para	PEEP	FLUXO	FIO ₂	SpO ₂
07:00								
08:00	AA							100 %
09:00								
10:00	AA							100 %
11:00								
12:00	AA							99 %
13:00								
14:00	AA							100 %
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
00:00								
01:00								
02:00								
03:00								
04:00								
05:00								
06:00								

LEGENDA: MODALIDADE DE VENTILAÇÃO

MV: VENTILAÇÃO MECÂNICA ;

MV: MÁSCARA DE VENTURI

MR: MÁSCARA RESERVATÓRIO A 100%;

CN: CATETER NASAL (L/min)

GASOMETRIA			
OXIGÊNIO		AR COMPRIMIDO	
LIG	DESL.	LIG.	DESL.

BOMBA DE INFUSÃO		
MEDICAMENTOS	LIG.	DESL.

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

TOLHA DE GASTOS HOSPITALARES - UTI

Nome: *Lucas Roberto Rodrigues*

Convênio:

Data: *19/10/20*

Material	M	T	N	Total	Material	M	T	N	Total
Abocath nº					Luva Estéril nº 7,0				
ABD 20ml					Luva Estéril nº 7,5				
ABD 500ml					Luva Estéril nº 8,0				
Aguilha Descartável 40x12					Luva Procedimento				
Alcool 70% ml					Micro pore cm				
Igódio gr					Seringa 1ml				
Algodão Ortopédico gr					Seringa 3ml				
Atadura Crepom cm					Seringa 5ml				
Cateter Nasal					Seringa 10ml				
Cateter Venoso Central Duplo Lumen					Seringa 20ml				
Cateter Venoso Central Single Lumen					S.F a 0,9% 10ml				
Clorexidina Alcoólica ml					S.F a 0,9% 100ml				
Clorexidina Aquosa ml					S.F a 0,9% 250ml				
Clorexidina Degermante ml					S.F a 0,9% 500ml				
Clorexidina Tópica ml					S.F 1:1 500ml				
Coletor de Urina (Sistema Aberto)					S.G a 5% 100ML				
Coletor de Urina (Sistema Fechado)					S.G a 5% 250ML				
Cone Luer					S.G a 5% 500ML				
Eletrodo					SRL 500ml				
Equipo Macrogotas Simples					Sonda Aspiração Traqueal nº				
Equipo BIC					Sonda Nasogástrica nº				
Equipo BIC Fotosensível					TOT nº				
Esparadrapo Impermeável cm					TOT nº				
Espátula					Tomeira 3 Vias				
Eter ml					Xilocalina Geleia gr				
Extensor					BIC NA a 8,4% 10ml				
Fita Adesiva Hospitalar cm					Glicose a 50% 10ml				
Fita de Glicemia					GLUC CA a 10% 10ml				
Gaze Acolchoada					KCL a 10% 10ml				
Gaze Simples 7,5x7,5					MGSO4 a 50% 10ml				
Lanceta					NACL a % 10ml				
Lâmina de Bisturi nº					Aguilha Descartável x				
					Aguilha Descartável x				

UNICLINIC
CONFERE COM ORIGINAL

PACIENTE:		ATENDIMENTO:		CONVÊNIO:								
EIXO DE CUIDADO		AÇÕES DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM								
TEMPO/ESPAÇO				8	12	16	20	24	4			
MOBILIDADE	() Observar nível de consciência			SEMPRE								
	() Manter vigilância			SEMPRE								
	() Estimular mudança de decúbito			9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Realizar mudança de decúbito(*)			SEMPRE								
	() Manter repouso			SEMPRE								
	() Manter cabeceira elevada a 30°			SEMPRE								
	() Elevar membros _____ a _____°			SEMPRE								
HIGIENE	() Realizar contenção se agitação	SN		SEMPRE								
	() Manter grades de proteção da cama elevadas			SEMPRE								
	() Banho no leito	Manhã() Tarde() Noite()										
	() Oral com clorexidine aquosa	M		T N								
CONDIÇÕES DA PELE	() Ocular com SF a 0,9%	M		T N								
	() Íntima	SN		M T N								
	() Realizar hidratação da pele			SEMPRE								
	() Proteger proeminência óssea			SEMPRE								
ALIMENTAÇÃO	() Avaliar risco de Úlcera por Pressão	No Banho: (Informar turno)										
	() Realizar curativo.	SN										
	Local: _____ Usar: _____											
	() Manter a cabeceira a 45° ou 60° durante a dieta			9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Avaliar posição de sonda antes de instalar dieta			SEMPRE								
	() Controlar gotejamento das dietas			9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Lavar a SNG/SNE/GTT após as dietas			9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Instalar dieta em BIC e anotar vazão no BH	() h										
	() Avaliar RG antes de administrar a dieta em caso de reiniciar			SEMPRE								
	() Estimular ingestão de alimento por via oral	SN										
OXIGENAÇÃO	() Medir e anotar RG	Anotar no Balanço Hídrico Diário APÓS O BANHO										
	() Renovar fixação de sonda			SEMPRE								
	() Manter vias aéreas pervias			8	12	16	20	24	4			
	() Observar perfusão periférica			SEMPRE								
	() Observar padrão respiratório			SEMPRE								
	() Manter nível de água no umidificador do VM			SEMPRE								
	() Trocar látex, máscaras e kits de NBZ			1XDIA								
ACESSO VENOSO	Aspirar secreções: () TOT () TQT VAS()			8	11	14	17	20	2	3	2	5
	() Observar sinais de infiltração			SEMPRE								
	() Observar sinais de flebite			SEMPRE								
	() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas			Informar data próx. Troca:								
	() Controlar gotejamento em infusão livre			SEMPRE								
	() Trocar conexões e equipos simples			T								
ELIMINAÇÕES	() Trocar equipo BIC a cada 72h	(M) e informar próx. troca:										
	() Registrar em BH diurese			ROTINA								
	() Registrar em BH evacuações			ROTINA								
	() Mensurar drenos. Tipo:											
CUIDADOS ESPECIAIS	() Mensurar drenos. Tipo:											

(*)Será utilizado DISCO DE MUDANÇA DE DECÚBITO para orientar horário de rodízio dos decúbitos.

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro(a) Responsável

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (Auxiliar de Enfermagem responsável pelo paciente)	ASS e CARIMBO
	MANHÃ E TARDE	
19	paciente evolui orientado, verbalizando em Ar.	M. Carabê
10	ambiente, com VP para AV e medicações em	Maria José Guimarães
2030	dolorosa, dieta branda e diurese em quantidade presente, evacuações ausente até o momento, realizado banho no leito, com massagem de conforto, paciente segue sem intercorrência esperando alta para posto 2	CREN-CE: 1307679-TE
	ns: 15:50 h	Teito 605-2
	NOITE	

Modelo revisado, alterado e numerado pela Enfermeira Pâmela Maciel em 04.11.2013

UNICLINICA
CONFERE COM O
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente	Lucas Mota Castro Rodrigues	Atendimento	1.731.315
Data Nascto.	02/03/1998 22 Anos	Prontuário	478.380
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	18/10/2020 18:51:54
Telefone	996392723	Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	106		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2020 08:18	19/10 12:29	Enfermeiro	Evolução		Leandra Velyne Cardozo Martins	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Leandra Velyne Cardozo Martins

Evolução Diária - Manhã - 19/10/2020

Diagnóstico: TCE

- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso (PA:153X83mmHg); Normocárdico (FC:98bpm); Normosaturando (SpO2:100%); Afebril (T:36,5°C).
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos:

Condutas/Intercorências

Paciente evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. Em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.

Mantendo monitorização cardíaca + oximetria de pulso contínua.

Mantendo CVP em MSE, funcionando. HV em curso.

Realizado banho no leito + higiene oral + massagem de conforto

R: Tratado curativo convencional + AGE em região periorbital, com pontos de sutura íntegros e apresentando pequena quantidade de escoriações.

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.

Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.

Em vigilância neurológica a cada 2 horas.

Realizado parecer do neurologista no período.

Segue sob cuidados intensivos.

Pendências

Leandra V. Cardozo Martins
COREN-CE 419.784-ENF

Leandra Velyne Cardozo Martins / 419784

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

[Assinatura]

Evolução Paciente

Paciente **Lucas Mota Castro Rodrigues**
 Data Nascto. 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone 996392723
 Leito 106

Atendimento 1.731.315
 Prontuário 478.380
 Dt. Entrada 18/10/2020 18:51:54
 Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Talita Nascimento de Sousa	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Talita Nascimento de Sousa Enfermagem

Evolução Tarde - 19/10/2020

- Diagnóstico: TCE

Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso (PA:153X83mmHg); Normocárdico (FC:98bpm); Normosaturando (SpO2:100%); Afebril (T:36,5°C).
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Paciente evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. Em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.

Mantendo monitorização cardíaca + oximetria de pulso contínua.

Mantendo CVP em MSE, funcionando. HV em curso.

Realizado higiene oral + massagem de conforto

Mantendo curativo convencional + AGE em região periorbital, íntegro

Di por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.

Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.

Em vigilância neurológica a cada 2 horas.

Às 15:50 pte de alta para Posto 06 (leito 605-2)

Pendências

Av bucomacilo (particular)



Talita Nascimento de Sousa / COREN 540745

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL


Paciente: **Lucas Mota Castro Rodrigues**
Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996392723
Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
Prontuário: 478.380
Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva Maciel	

Paciente: **Lucas Mota Castro Rodrigues**
Enfermeiro(a): **GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL**

Evolução ADMISSÃO TARDE - 19/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirúrgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Às 16 h paciente admitida no posto 6 proveniente da UTI
Evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. Em ar ambiente
Pontos de sutura em pálpebra D, globo ocular com edema periorbital.
Mantendo CVP em MSE, funcionante. HV em curso.
Mantendo curativo convencional + AGE em região periorbital, íntegro
Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.
Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Pendências

Aq av bucomacilo

GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478 380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva Maciel	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL

Evolução SN- 19/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirúrgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. Em ar ambiente.
 Pontos de sutura em pálpebra D. globo ocular com edema, periorbital.
 Mantendo CVP em MSE, funcionante. HV em curso

Mantendo curativo convencional + AGE em região periorbital, íntegro

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.
 Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.
 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

às 21:30 Instalado colar cervical e p.m

Assinaturas
 Av bucomacil



GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL

Uniao de Clínicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

2395669



Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues

Data Nascido: 02/03/1996 22a 7m 17d

Data Entrada: 18/10/2020 18:51:54

Médico Resp: Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento: 1.731.315

Convênio: UNIMED / ENFERMARIA

Data Presc: 20/10/2020 12:00:00

Prontuário: 478.380

605 2

UNICLINIC
ONFERE COM O
ORIGINAL

Descrição Técnica

Intervalo

Dose

Dieta

Branda

Soluções

1 Vol. 500ml/24h a 7qtdm

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml

Medicamentos

1 Digiprona 500mg/ml Amp 2ml Ev/ Im

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

4 Paratolol 40mg Po Fa Ev

5 Fisioterapia Motora

6 Glicemia Capilar - (glicose)

7 Curativo Medico

8 Vigilancia Neurológica

9 PUNÇÃO COM JELCO S/N

10 SSV-CCGG

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

2395669



605 2

UNICLINIC
ONFERE COM O
ORIGINAL

Descrição Técnica

Intervalo

Dose

Dieta

Branda

Soluções

1 Vol. 500ml/24h a 7qtdm

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml

Medicamentos

1 Digiprona 500mg/ml Amp 2ml Ev/ Im

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

4 Paratolol 40mg Po Fa Ev

5 Fisioterapia Motora

6 Glicemia Capilar - (glicose)

7 Curativo Medico

8 Vigilancia Neurológica

9 PUNÇÃO COM JELCO S/N

10 SSV-CCGG

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Lucas Mata Castro Rodrigues

DATA: 00/10/20

POSTO: 06

CONVÊNIO: UNIMED

UNICLINIC
ONF E COM C
ORIGINAL

LEITO: 605-2

TURNO: MT

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi %

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100% Spo2: %

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações: 18h - Pte a prescrevendo edema + hemo
tema em face. Depende o estado, SSV e
tóxicos, melhora a diurese. Fazer o dia tem
sem intercorrências.

Palma M. B. Gonçalves
COREN-CE 166259 TE

Observações:

TURNO: SN

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi %

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100% Spo2: %

DIETA:

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

() Zero Para:

Thaiana Rodrigues de Lima
COREN-CE 10116239 TE

Assinatura e COREN:

Palma M. B. Gonçalves
COREN-CE 166259 TE

Assinatura e COREN:

Thaiana Rodrigues de Lima
COREN-CE 10116239 TE

GASTOS HOSPITALARES

30/10/20
Data:

Nome: L.M.E.R

Convênio: Unimed

Material	Total
Água para injeção 10ml	6
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	9
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Eléctrodo	
Equipo para bomba de infusão	2
Equipo para bomba de infusão fotosensível	4+4
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes acidoalcoais	
Gazes simples	
Inulol	
IV 3000	
Luva estéril	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	6
Seringa 10cc	2
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Tomela Tree Way	
Cone-lub	

CASO TERAPIA	
CXICÊNIO	MONITOR + OXÍMETRO
Ligado	Ligado
Desligado	Desligado
☐ RETIRAR SVD MÁSCARA: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 SERINGA DE 20CC: 01	
☐ PUNÇÃO PERIFÉRICA UELDO Nº: 01 EXTENSOR 60cm: 01 SERINGA 20CC: 01 ABD 10ml 02 ESPALADRAPO: 15cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 ALGODÃO: 15gr ALCOOL: 15ml	
☒ CURATIVO F.O. SF 0,9% 10ml 02 MICROPORE 30cm GAZES SIMPLES: 10 UND MÁSCARA: 01 GORRO: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01 CLOREXIDINA: 15ml	
☐ PASSAGEM DE SVD MÁSCARA: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 RONDA FOLLEY Nº: 01 COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01 GAZES SIMPLES: 20 CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml SERINGA 20CC: 01 AGULHA 40x12: 01 XILOCAINA GEL: 05gr ABD 10ml 02	
☐ RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 ALGODÃO: 15gr	
☐ SV ALVO GORRO: 01 MÁSCARA: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 PAR SONDA URETRAL Nº: 01 CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml GAZES: 10 XILOCAINA GEL: 05gr	
☐ RETIRAR SNG MÁSCARA: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 SERINGA DE 20CC: 01	
☐ GASTO DO ÓBITO LENÇÓIS: 02 ALGODÃO: 00gr ESPALADRAPO: 20cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 MÁSCARA: 01 GORRO: 01	
☐ CURATIVO CVC CONVENCIONAL GAZES SIMPLES: 20 MICROPORE: 20CM LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 CLOREXIDINA ALCOOLICA: 15ml MÁSCARA: 01 SF 0,9% 10ml 01	
☐ CURATIVO C/ ATADURA ATADURA: 01 MICROPORE: 20cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 CLOREXIDINA: 15ml MÁSCARA: 01 SF 0,9% 10ml 02	
☐ CURATIVO TOT GAZES SIMPLES: 30+20 SF 0,9% 10ml 01+01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 03+01 MÁSCARA: 01	
☐ CURATIVO GTT GAZES SIMPLES: 20 SF 0,9% 10ml 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 MÁSCARA: 01	
☐ PASSAGEM DE SNG SONDA SNG Nº: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 XILOCAINA GEL: 05gr GAZES SIMPLES: 10 SERINGA 20CC: 01 ETÉR: 10ml ESPALADRAPO: 10cm MÁSCARA: 01	

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto 02/03/1998 22 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 996392723
 Leito 605 2

Atendimento 1 731.315
 Prontuário 478.380
 Dt. Entrada 18/10/2020 18:51:54
 Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Jeane Marques Rufino da Silva	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): JEANE MARQUES

Evolução MT - 20/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. ECG AO: 4 RV: 5 RM: 6
 Em ar ambiente.
 Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.
 Mantendo CVP em MSE, funcionante. HV em curso.
Realizado curativo convencional em região periorbital.
 Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.
 Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.
 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

TARDE

Mantendo curativo convencional de região periorbital integro.

Pendências

Ag Av bucomacilo

Jeane
Jeane Marques Rufino
 COREN-CE: 639.981-ENFERMEIRA

JEANE MARQUES / COREN CE 639981

UNICLINIC
 OFERECE COM C
 ORIGINAL

Paciente: **Lucas Mota Castro Rodrigues**
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478.380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Daniele Pinto Barbosa	

Paciente: **Lucas Mota Castro Rodrigues**
 Enfermeiro(a): **DANIELE PINTO BARBOSA**

Evolução SN - 20/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirúrgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. ECG AO: 4 RV: 5 RM: 6
 Em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.

Mantendo CVP em MSE, funcionando. HV em curso.

Mantendo curativo convencional em região periorbital.

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.

Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.

Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Pendências

Av bucomacilo

Daniele Pinto Barbosa
 COREN-CE 414027 - ENF

DANIELE PINTO BARBOSA / COREN 414027

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascido: 02/03/1998 22a 7m 18d
Data Entrada: 18/10/2020 18:51:54
Médico Resp: Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento: 1.731.315
Convênio: UNIMED / ENFERMARIA
Data Prescr.: 21/10/2020 12:00:00

Prioritário: 478.380

605 2

Dietas	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
--------	------	-----------	------------	-------------------

Soluções

1 Vol 1500ml/24h a 21g/h

Soro Ringer C/Lactato Fr 500ml

diap 2000ml EV 28 gotas/min
500 ml
16 18 22 24 08 06

Medicamentos

1 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/Im

Dose / Intervalo / Via
1 amp 6/6 h IV

16 24 06

D P E S

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp 12/12 h IV

16

04

4 e S

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

16

24

06

4 e S

DILUIR 2ml+18ml AD EV

4 Pantozol 40mg Po Fa Ev
NÃO FAZER GÊNERICO

1 FA 1x ao dia IV
Não fazer genérico

Horário 12:00
GENEC 10101

06

2 e S

Procedimentos/Serviços

1 Fisioterapia Motora

2x

12:00

Material

Dia/Hora

21 12:00

2 Fisioterapia Respiratória

2x

12:00

21 12:00

3 Glicemia Capilar - (glicose)

4x

12:00

21 12:00

4 Curativo Medico
CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE + COMPRESSAS GELADAS 3x/DIA

1x ao dia

12

21 12:00

5 Parecer Médico - Clínica Médica
ACOMPANHAMENTO

1x ao dia

12

21 12:00

Recomendações

Intervalo Horários

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

ATI

PUNÇÃO COM JELCO S/N

MANTER

SSV-COGG

ROTINA

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Lucas Mateus Leite Rodrigues

DATA: 22/10/20

POSTO: Ob

LEITO: 605-2

CONVÊNIO: Munivel

TURNO: SN

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO: _____

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

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

DIETA: _____

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

() Zero Para: _____

Observações:

TURNO: SN

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO: _____

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

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

DIETA: _____

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

() Zero Para: _____

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Glauciete Marinho
CPF: 117.393.113

Assinatura e COREN:

Glauciete Marinho
CPF: 117.393.113

Date: 27.10.20

Convento: Univ. de

Nome: Lucas Neto Castro Rodrigues

Material	Total
Água para injeção 10ml	7
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	10
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotosensível	2
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes alcoolizada	
Gazes simples	
Irurol	
IV 3000	
Luva estéril	7
Luva procedimento	1
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	2
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	2
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Tornalva Treco Way	
Conex-lus	

UNICLINIC
 CONFERE COM O ORIGINAL

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 27-10-20 NOME: Lucas Melo Leite Rodrigues POSTO: 06 LETO: 000-2 PRONTUÁRIO: 478.380

HORA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS / ML						LÍQUIDOS ELIMINADOS					
	DIETA			INF. ENDOVENOSAS						DRENOS		
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS
07:00												
08:00												
09:00		450						250				
10:00												
11:00		300						300	+			
12:00		150				20	500					
SUB-TOTAL	400					20	500	550				
13:00		60										
14:00												
15:00		250				20		230				
16:00												
17:00		150				250		150				
18:00		100				20	500	420				
SUB-TOTAL	580					270	500	600				
19:00												
20:00												
21:00		200						150				
22:00												
23:00												
00:00		100				20	500	200				
01:00												
02:00												
03:00								180				
04:00												
05:00						250						
06:00		250						100				
SUB-TOTAL	580					250	500	280				
TOTAL	580					270	500	600				
PESO:	TOTAL INFUNDIDO:						TOTAL ELIMINADO:					
	580						580					
	BALANÇO FINAL:						BALANÇO FINAL:					
	0						0					

ASSINATURA

UNICLINIC
OFERECE COM C ORIGINAL

Clínica de Marinho
CORREN-CE 332.79 - ENI

Clínica de Marinho
CORREN-CE 332.79 - ENI

Name: _____

Lucas proth Lucius Rodriguez

Convênio: _____

unimodal

Date: 23, 10, 2020

Material	Total
Água para injeção 10ml	7
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	9
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotosensível	
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes scolchoada	
Gazes simples	
Irurol	
IV 3000	
Luva estéil	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	7
Seringa 10cc	1
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Torneira Tres Way	
Conexões	

UNICLINICA
 CONFERE COM
 ORIGINAL

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



uniclinic
O hospital de sua vida

GASTOS HOSPITALARES

Nome: Uwea Naita laster Rodriguez

Convênio: Minivide

Data: 24/01/20

MATERIAL		TOTAL
Água para injeção 10ml	7	
Água para injeção 20ml		
Agulha 13x4,5		
Agulha 25x7		
Agulha 30x8		
Agulha 40x12		
Cateter nasal		
Eletrodo		
Equipo para bomba de infusão		
Equipo para bomba de infusão fotoinsensível		
Equipo simples		
Extensor 20cm		
Fita para glicemia + lanceta		
Gazes alcoolizada		
Gazes simples		
Irurol		
IV 3000		
Luva esteril		
Luva procedimento		
Seringa 20cc		
Seringa 10cc		
Seringa 5cc		
Seringa 3cc		
Seringa insulina		
Seringa SNG		
SF 0,9% 100ml		
SF 0,9% 250ml		
SG 5,0% 250ml		
Torneira Treva Way		
Cono-lua		

UNICLINIC
 CONFERE COM
 ORIGINAL

10/11/2011

Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
Sexo Masculino
Telefone 996392723
Leito 605 2

Atendimento 1.731.315
Prontuário 478.380
Dt. Entrada 18/10/2020 18:51:54
Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva Maciel	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Gessilene Antonia Silva Maciel Enfermeiro(a)

Evolução MT 24/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas.
Eupneica em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.

Realizado curativo convencional em região periorbital, sem sinais flogísticos.

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.

Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.

Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Prescrições

Agiriv buco maxilo

Gessilene Antonia Silva Maciel /

Paciente **Lucas Mota Castro Rodrigues**
Data Nascto. 02/03/1998 22 Anos
Sexo Masculino
Telefone 996392723
Leito 605 2

Atendimento 1.731.315
Prontuário 478 380
Dt. Entrada 18/10/2020 18:51:54
Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Yara Régia Alves Fonteles	

Paciente: **Lucas Mota Castro Rodrigues**
Enfermeiro(a): **Yara Régia Alves Fonteles** Enfermeiro(a)

Evolução SN 24/10/2020

• **Diagnóstico:** TCE

• **Especialidade:** Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorrências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas. Concilia sono e repouso.
Eupneica em ar ambiente.

Pontos de sutura em pálpebra D, globo ocular com edema, periorbital.

Mantendo curativo convencional em região periorbital, íntegro.

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.

Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.

Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Pendências

Ag Av buco maxilo

Yara R. Alves Fonteles
COREN-CE 521483-ENF

Yara Régia Alves Fonteles / Coren 521 483

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 24-10-20 NOME: Lucas Nova Cabra Redigunt

POSTO: 016

LEITO: 605-2 PRONTUÁRIO: 478300

HORA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS / ML						LÍQUIDOS ELIMINADOS					
	DIETA			INF. ENDOVENOSAS			LÍQUIDOS ELIMINADOS			DRENOS		
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS
07:00												
08:00								250				
09:00		150										
10:00								150				
11:00												
12:00		250						100				
SUB-TOTAL	450							400				
13:00		350										
14:00		200		20				300				
15:00		100						180				
16:00												
17:00												
18:00		180		20	500			200				
SUB-TOTAL	630			20	500			640				
19:00												
20:00												
21:00		250		100				350				
22:00				20								
23:00		350										
00:00				20				180				
01:00												
02:00		100						250				
03:00												
04:00												
05:00												
06:00		300		50	500			400				
SUB-TOTAL	800			50	500			1150				
TOTAL												
PESO:	TOTAL INFUNDIDO: +3060						TOTAL ELIMINADO: -2360					
	BALANÇO FINAL: +700											

ASSINATURA

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Glauberete Marinho
COORDENADORA

Glauberete Marinho
COORDENADORA

Fonelles
453-ENF

Lucas Mota Castro Rodrigues

02/03/1996 22a 7m 22d

18/10/2020 18:51:54

Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento 1.731.315
Convênio UNIMED / ENFERMARIA
Data Presc. 25/10/2020 12:00:00

Protocolo 1478.360

605 2

Dieta: Pastosa

Soluções

1 Vol. 1000ml/24h a 140ml

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml

500 ml

(18/10/20)

Medicamentos

1 Epipronta 500mg/ml Amp 2ml EV/IM

1 amp 6/6 h IV

18

24

06

06

06

06

06

06

06

2 Tramadol 100mg Amp 2ml EV

1 amp 1x ao dia IV

(5/10)

(21)

8°

S

DILUIR 1AMP+100ml SFO, 9% EV

3 Biotinonda 5mg/ml Amp 2ml EV

1 amp 4/8 h IV

14

22

06

06

06

06

06

06

06

DILUIR 2ml+18ml AD EV

4 Pantozol 40mg Po Fa EV

1 FA 1x ao dia IV

1

06

06

06

06

06

06

06

06

NAO FAZER GENERICO.

1 FFA 1x ao dia IV

1

06

06

06

06

06

06

06

06

1 Fisioterapia Motora

2x

12:00

06

06

06

06

06

06

06

06

2 Fisioterapia Respiratória

2x

12:00

06

06

06

06

06

06

06

06

3 Curativo Medico

1x ao dia

12

06

06

06

06

06

06

06

06

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE + COMPRESSAS GELADAS 3X/DIA

Recomendações

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

PUNÇÃO COM JELCO SIN

SSV+CCGG

BALANÇO HÍDRICO

MANUTENÇÃO

MANUTENÇÃO

MANUTENÇÃO

MANUTENÇÃO

MANUTENÇÃO

MANUTENÇÃO

MANUTENÇÃO

MANUTENÇÃO

MANUTENÇÃO

Admissão satisfatória
Abaixa da permeabilidade
Aos colares na cintura négrica
Abaixa 3000+maxilo-facial
Proferir 100g + 1000g SFO
4. IV 12/12A - fortissimor

Dr. Arnaldo Arruda
Neurocirurgia
RQE 7696
CRM 14.413
Dr. Arnaldo Arruda
Neurocirurgia
RQE 7696
CRM 14.413

Dr. Arnaldo Arruda
Neurocirurgia
RQE 7696
CRM 14.413

NOME: Lucas Roberto Basto Rodrigues

DATA: 25/10/2020

POSTO: 6

LEITO: 605.2

CONVÊNIO: Unimed

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

TURNO: MT

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente

() Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100% Spo²: %

DIETA:

() VO

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

() Zero Para:

Observações:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100% Spo²: %

DIETA:

() VO

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

() Zero Para:

Observações:

Assinatura e COREN:

Tec. Ana Paula de Andrade
COREN 203203-CE

Assinatura e COREN:

Tec. Ana Paula de Andrade
COREN 203203-CE

GASTOS HOSPITALARES

Nome: Luiz Roberto Basto
Carbignes

Convênio: Amarel

Data: 25/10/2000

Material	Total	GASOTERAPIA			
		OXIGÊNIO		MONITOR + OXÍMETRO	
		Ligado	Desligado	Ligado	Desligado
Água para injeção 10ml	7				
Água para injeção 20ml					
Aguilha 13x4,5					
Aguilha 25x7	10				
Aguilha 30x8					
Aguilha 40x12					
Cateter nasal					
Eletrodo					
Equipo para bomba de infusão					
Equipo para bomba de infusão fotossensível					
Equipo simples	2				
Extensor 20cm					
Fita para glicemia + lanceta					
Gazes alcoolizada					
Gazes simples					
Inulol					
IV 3000					
Luva esteril					
Luva procedimento					
Seringa 20cc	7				
Seringa 10cc	2				
Seringa 5cc					
Seringa 3cc					
Seringa insulina					
Seringa SNG					
SF 0,9% 100ml					
SF 0,9% 250ml					
SG 5,0% 250ml					
Tornela Tape Way					
Cone-luz					

CURATIVO CVC CONVENCIONAL		CURATIVO F.O		CURATIVO GTT		CURATIVO SNG	
☐	GAZES SIMPLES: 20 MICROPORE: 20cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 CLOREXIDINA ALCOOLICA: 15ml MÁSCARA: 01 SF 0,9% 10ml: 01	☐	SF 0,9% 10ml: 02 MICROPORE: 30cm GAZES SIMPLES: 10 UND MÁSCARA: 01 GORRO: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01 CLOREXIDINA: 15ml	☐	GAZES SIMPLES: 20 SF 0,9% 10ml: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 MÁSCARA: 01	☐	SONDAS SNG Nº: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 XILOCAINA GEL: 05gr GAZES SIMPLES: 10 SERINGA 20CC: 01 ETÉR: 10ml ESPARADRAPO: 10cm MÁSCARA: 01

PASSAGEM DE SVD		PUNÇÃO PERIFÉRICA		CURATIVO F.O		CURATIVO GTT	
☐	MÁSCARA: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 SONDAS FOLLEY Nº: 01 COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01 GAZES SIMPLES: 20 CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml SERINGA 20CC: 01 AGULHA 40x12: 01 XILOCAINA GEL: 05gr ASD 10ml: 02	☐	JELCO Nº: 01 EXTENSOR 80cm: 01 SERINGA 20CC: 01 ABD 10ml: 02 ESPARADRAPO: 15cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 ALGODÃO: 15gr ALCOOL: 15ml	☒	SF 0,9% 10ml: 02 MICROPORE: 30cm GAZES SIMPLES: 10 UND MÁSCARA: 01 GORRO: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01 CLOREXIDINA: 15ml	☐	GAZES SIMPLES: 20 SF 0,9% 10ml: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 MÁSCARA: 01

RETRAIÇÃO SVD		RETRAIÇÃO ACESSO PERIFÉRICO		SV ALIVO		RETRAIÇÃO SNG	
☐	MÁSCARA: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 SERINGA DE 20CC: 01	☐	LUVA PROCEDIMENTO: 01 ALGODÃO: 15gr	☐	GORRO: 01 MÁSCARA: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 PAR SONDAS URETRAL Nº: 01 CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml GAZES: 10 XILOCAINA GEL: 05gr	☐	MÁSCARA: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 SERINGA DE 20CC: 01

GASTO DO ÓBITO		OBSERVAÇÕES:	
LENÇÓIS: 02		ASPIRAÇÃO S. TRAQUEAL Nº: _____ SF 10ml: _____ LUVA: _____ MÁSCARA: _____ GAZES: _____	
ALGODÃO: 60gr			
ESPARADRAPO: 20cm			
LUVA DE PROCEDIMENTO: 01			

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

AUDITADO
21/11/20
ALINE

2400741



Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues

Data Nasc: 02/03/1998 22a 7m 24d

Data Entrada 16/10/2020 18:51:54

Médico Resp. Dra. Natália Medeiros Mourao (CRM 018113)

Atendimento 1.731.315

Convênio UNIMED / ENFERMARIA

Data Prescr. 27/10/2020 12:00:00

Prontuário 478.380

605 2

Dieta Pastosa Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Medicamentos

1 Dexamet 50mg/ml Amp 2ml Ev/Im

Dose / Intervalo / Via 1 amp 6/6 h IV

24 06

D P E 10 S

DIL UIR EM 18 CC AD - EV

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp SN IV

10 S

DIL UIR 1AMP+100ml SF0.9% EV

3 Broncopoda 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

06

10 S

DIL UIR 2ml+18ml AD EV

4 Parolozol 40mg Po Fa Ev

1 FA 1x ao dia IV

06

8 S

NÃO FAZER GENERICO

1 FA 12/12 h IV

24

3 S

DIL UIR 1FA + 100ml SF0.9% EV

Procedimentos/Serviços

1 Fisioterapia Motora

Ordem Intervalo 2x

Horários 12:00

Material

Data/Hora 27/12/00

2 Fisioterapia Respiratória

2x

12:00

27/12/00

3 Curativo Medido

1x ao dia

12

27/12/00

4 Parece Médico Paciente Internado:

BUCCO - MAXILO - FACIAL

Ednardo Colares
Cirurgião - Dentista

1x ao dia

12

27/12/00

RECOMENDAÇÕES

Intervalo

Horários

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

ATI

MANUTER

SSW+CCOG

ROTINA

EXAMENOS

MANUTER

Em Anexo?

0 Solicito

ECC 9/11 Ednardo Colares
Cirurgião - Dentista

0 11/11/20

UNICLINIC
ONFERE COM C
ORIGINAL



GASTOS HOSPITALARES

busca motor latras

Radhaz

UNICLINIC
• ONFERE COM C
ORIGINAL

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascido: 02/03/1998 22 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996392723
Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
Prontuário: 476.250
Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código p...
28/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Jeane Marques Rufino da Silva	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues

Enfermeiro(a): Jeane Marques Enfermeiro(a)

Evolução MT 28/10/2020

• **Diagnóstico:** TCE

Especialidade: Clínico e cirúrgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSD PT 30/10
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico, afebril, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.

Eupneico em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital em melhora.

Realizado curativo convencional em região periorbital, sem sinais flogísticos de infecção.

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.

Mantem CVP em MSD púvio e sem sinais flogísticos.

Eliminações fisiológicas espontânea.

Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Pendências

Aguarda procedimento cirúrgico enc 27/10

Aguarda eco enc 27/10

Jeane Marques Rufino
CONE-CE-639.981-ENFERMEIRO

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478.380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código p/oi
28/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Souza Magalhães	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES Enfermeiro(a)

Evolução SN

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO com boa aceitação
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP pervio
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorrências

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL E SEM QUEIXAS.
 PONTOS DE SUTURA EM PALPEBRA D. GLOBO OCULAR COM EDEMA. PERIORBITAL EM MELHORA.
 SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pendências

AGUARDA REALIZAR ECO
 AGUARDA AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE REDUÇÃO + FIXAÇÃO + BLOQUEIO MAXILO-
 **ANDIBULAR.

FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES

CHRISTIAN MAGALHÃES
 COPEL 12-101-216-EN

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 08/10/20 NOME: Lucas Melo Costa Rodrigues POSTO: 06 LETO: 605-21 PRONTUÁRIO:

HORA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS / ML						LÍQUIDOS ELIMINADOS							BALANÇO PARCIAL	ASSINATURA			
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE			KEHR	TÓRAX	MEDIASTINO
07:00																		
08:00		400						200										
09:00		100						500										
10:00		150																
11:00								180										
12:00		150																
SUB-TOTAL		800						880										400
13:00		250						110										
14:00		150																
15:00		200																
16:00																		
17:00		150						910										
18:00		900																
SUB-TOTAL		1150						1100										510
19:00																		
20:00								200										
21:00		300																
22:00																		
23:00		200						150										
00:00																		
01:00																		
02:00		150						300										
03:00																		
04:00																		
05:00																		
06:00		200						50										
SUB-TOTAL		1350						1400										520
TOTAL		2200						2280										920
PESO:																		
TOTAL INFUNDIDO:		2200						2280										920
TOTAL ELIMINADO:																		
BALANÇO FINAL:																		

ASSINATURA

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Christina Magalhães
COORDENADORA ENFERMAGEM

Christina Magalhães
COORDENADORA ENFERMAGEM

Christina Magalhães
COORDENADORA ENFERMAGEM

Christina Magalhães
COORDENADORA ENFERMAGEM



União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

2402134



6052

Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues

Data Nascio 02/03/1998 22a 7m 26d

Data Entrada 18/10/2020 18:51:54

Médico Resp Dra. Natália Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento 1.731.315

Convenio UNIMED / ENFERMARIA

Data Presc 29/10/2020 12:00:00

Prontuário 478.380

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
-------	------	-----------	------------	-------------------

Medicamentos

1 Diphona 500mg/ml Amp 2ml Ev Am

Dose / Intervalo / Via 1 amp 6/6 h IV

Horários 12 18 24 06

D P E 12° S

DIL UIR EM 18 CC AD - EV

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp SN IV SN

12° S

DIL UIR 1AMP - 100ml SF0,9% EV

3 Bromopoda 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

06

12° S

DIL UIR 2ml + 18ml AD EV

4 Paritazol 40mg Po Fa Ev

1 FA 1x ao dia IV

06

10° S

NÃO FAZER GENERICO

5 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV

24

5° S

DIL UIR 1FA + 100ml SF0,9% EV

Procedimentos/Serviços

1 Fisioterapia Motora

Qtd Intervalo 2x

Horários 12:00

29 12:00

29 12:00

2 Fisioterapia Respiratória

2x

12:00

29 12:00

3 Curativo Medica

1x ao dia

12

29 12:00

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE + COMPRESSAS GELADAS 3x/DIA

Recomendações

Intervalo

Horários

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

ATI

TIPO DO SINALIZANDO

AVANTER

SSVV+CCGG

ROTINA

BALANÇO HÍDRICO

MANTER

Retornar pontos emergenciais em paralelo ID

Maria Luiza A. Borges
CRM 10143

Agua alcoolizada em local emergencial

Maria Luiza A. Borges
CRM 10143

Maria Luiza A. Borges
CRM 10143

Maria Luiza A. Borges
CRM 10143



GASTOS HOSPITALARES

Nome: Lucas Mota Castro Convênio: Unimed
Rodrigues

Date: 29/10/2020

UNICLINIC
ONFERE COM
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente	Lucas Mota Castro Rodrigues		Atendimento	1.731.315
Data Nascto.	02/03/1998	22 Anos	Prontuário	478.380
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	18/10/2020 18:51:54
Telefone	996392723		Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	505 2			

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código
29/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva Maciel	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Gessilene Antonia Silva Maciel Enfermeiro(a)

Evolução MT 29/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSD PT 30/10
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico afebril, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.
Eupneico em ar ambiente.
Retirado pontos de sutura em palpebra D, com lamina nº11.
Colocado gaze acoldado em colar cervical c.p.m.
Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
Mantem CVP em MSD pérvio e sem sinais flogísticos.
Eliminações fisiológicas espontânea.
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

F. Jências

Aguarda procedimento cirúrgico enc 27/10
Aguarda eco enc 27/10

[Assinatura]

Gessilene Antonia Silva Maciel /

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996392723
Leito: 605 2

Atendimento: 17/31/345
Prontuário: 418.330
Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Assinatura	Assinatura
29/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Sarah Cristina Nobre Duarte dos Santos	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Sarah Cristina Nobre Duarte dos Santos Enfermeiro(a)

Evolução NOITE

• Diagnóstico: TCE

Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSD PT 30/10
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico, afepni, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.
Eupneico em ar ambiente.
Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
Mantem CVP em MSD pèvio e sem sinais flogísticos.
Eliminações fisiológicas espontânea.
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Referências

Sarah Cristina Nobre
COREN-CE 210744 - ENE

Sarah Cristina Nobre Duarte dos Santos

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 29/10/20	NOME: Barbara Maria Cavaleiro Redrigues	POSTO: 06	LEITO: 605	PRONTUÁRIO: 2														
HORA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS (ML)						LÍQUIDOS ELIMINADOS						BALANÇO PARCIAL			ASSINATURA		
	DIETA			INF. ENDOVENOSAS						DRENOS								
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE	KEHR	TÓRAX	MEDIASTINO	À VACUO	
07:00																		
08:00		300																
09:00		100						250										
10:00																		
11:00		250																
12:00		650																
SUB-TOTAL																		
13:00																		
14:00		400						400										
15:00		400																
16:00		300						210										
17:00																		
18:00		300						200										
SUB-TOTAL																		
19:00																		
20:00																		
21:00		150						200										
22:00																		
23:00																		
00:00																		
01:00																		
02:00																		
03:00																		
04:00																		
05:00																		
06:00																		
SUB-TOTAL		150						300										
TOTAL		2600						450										
PESO:																		
TOTAL INFUNDIDO:		2600						2.650										
TOTAL ELIMINADO:								4.560										
BALANÇO FINAL:								1.910										

UNICLINIC
ONDE RECOMO ORIGINAL

Mari de Azevedo
COREN-CE 000.274.347

Jordana B.
COREN-CE 000.274.347

Mari de Azevedo
COREN-CE 000.274.347

Jordana B.
COREN-CE 000.274.347

Leidiana Coelho
COREN-CE 000.274.347

[illegible]

PRONTUÁRIO:

ASSINATURA

OBSERVAÇÃO

GLICEMIA

Svo2

PAM

PVC

Pressão Arterial

ER (mfm)

FC (hmm)

TEMP (°C)

HOBA

UNICLINIC
CONFERE COM C.
ORIGINAL



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

2402895



Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascto 02/03/1988 22a 7m 28d
Data Entrada 18/10/2020 18:51:54
Médico Resp Dra. Natália Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento 1.731.315
Convênio UNIMED/ENFERMARIA
Data Presc 30/10/2020 12:00:00

Prontuário 478.360

605 2

Dieta Pastosa Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

1 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev Am

Dose / Intervalo / Via 1 amp 6/6 h IV

18

24

06

D. P. E
13° S

DILUIR EM 18 CC AD - EV

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp SN IV

SN

13° S

DILUIR 1AMP+100ml SF0,9% EV

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

24

24

06

13° S

DILUIR 2ml+18ml AD EV

4 Pantozol 40mg Po Fa Ev

1 FA 1x ao dia IV

06

11° S

NÃO FAZER GENERICO.

5 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV

SN

6° S

DILUIR 1FA +100ml SF0,9% EV

1 Fisioterapia Motora

Qtd Intervalo

Horários

Material

Data/Hora

30 12:00

2 Fisioterapia Respiratória

2x

12:00

30 12:00

Recomendações

GLIANCIA NEUROLÓGICA

Intervalo

Horários

AIT

DELCO SALINIZADO

MANTER

SSVV+CCGG

ROTINA

BALANÇO HÍDRICO

MANTER

Receita da lactologia repõe LCO

Marta Lima A. Castro
CRM 10143

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Lucas Porto Leites Rodrigues

DATA: 30/10/30

POSTO: 06

LEITO: 605-2

CONVÊNIO: Munim

TURNO: M

TURNO: SN

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

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

Observações: No 14:00 Renovado AVE por Duvido

Observações:

ao Nivel Maximo de Pnemonia com 1522
e local 70 com local digo com exite
das unidades da equipe de enfermeiros

Assinatura e COREN:
00166539 TE

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:
00166539 TE

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:
00166539 TE



GASTOS HOSPITALARES

Date: 30.10.20

Convênio: Academia

Incense notes
constant

Rodriguez

Material	Total
Agua para injeção 10ml	7
Agua para injeção 20ml	7
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x3	
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipos para bomba de infusão	
Equipos para bomba de infusão fotosensível	
Equipos simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicorrnia + lanceta	
Gazes autoclavada	
Gazes simples	
Iruxol	
IV 3000	
Luva elatril	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Tornelira Triax Way	
Cabo-luz	

SF 0,9%	UNICLINIC
SF 0,9%	CONFERENCE COM
SG 5,0%	ORIGINAL
Tamoxifen	
Contra-Ind	

Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascto. 02/03/1998 22 Anos
Sexo Masculino
Telefone 996392723
Leito 605 2

Atendimento 1-731.315
Prontuário 478.380
Dt. Entrada 18/10/2020 19:51:54
Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Grupo
30/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva M. Maciel	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Gessilene Antonia Silva Maciel Enfermeiro(a)

Evolução MT 30/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Síndrome Física

1. Neuro: Consciente, orientado
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorrências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico, afebril, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.
Eupneico em ar ambiente.
Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
Mantém CVP em MSD pérvio e sem sinais flogísticos.
Eliminações fisiológicas espontânea.
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Pendências

guarda aut procedimento cirurgico enc 27/10
guarda eco enc 27/10

Gessilene Antonia Silva Maciel /

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996392723
Leito: 605 2

Atendimento: 1.751.315
Prontuário: 478.910
Dt. Entrada: 12/10/2020 18:41:54
Convênio: UNIPED-ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Assinatura	Código pmt
30/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Sara Anny de Lima Ferreira	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): SARA ANNY DE LIMA FERREIRA Enfermeiro(a)

Evolução SN

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorrências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico, afebril, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.
Eupneico em ar ambiente.
Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
Mantem CVP em MSD pênvrio e sem sinais flogísticos
Eliminações fisiológicas espontânea
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Pendências

Aguarda aut procedimento cirurgico enc 27/10
Aguarda eco enc 27/10
AGUARDA PARECER DO CARDIO

Sara Anny de Lima Ferreira
COREN-CE: 341.942 - ENF

SARA ANNY DE LIMA FERREIRA

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 30/10/20 NOME: Jucara Melo Castro Rodrigues POSTO: 06 LEITOCOL: 21 PRONTUÁRIO: 23

HORA	DIETA			INF. ENDOVENOSAS						LÍQUIDOS ELIMINADOS						DRENOS			BALANÇO PARCIAL
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE	KEHR	TÓRAX	MEDIASTINO	À VACUO		
07:00																			
08:00																			
09:00		150						200											
10:00																			
11:00		150																	
12:00		300			20														
SUB-TOTAL																			
13:00		150						300											
14:00					20			150											
15:00		250						200											
16:00																			
17:00																			
18:00					20														
SUB-TOTAL																			
19:00																			
20:00		150						300											
21:00																			
22:00		150						200											
23:00					20														
00:00																			
01:00		100																	
02:00								200											
03:00																			
04:00																			
05:00																			
06:00		200			50			300											
SUB-TOTAL																			
TOTAL		1950			150														
PESO:																			
TOTAL INFUNDIDO:						2000													
TOTAL ELIMINADO:																			
BALANÇO FINAL:																			

UNIC
CONF
ORIG

ASSINATURA

Thayana Rodrigues de Lencastre
COREN-SP 00765229-7

Thayana Rodrigues de Lencastre
COREN-SP 00765229-7

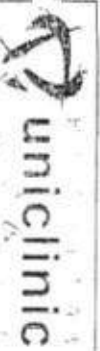
Thayana Rodrigues de Lencastre
COREN-SP 00765229-7

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Thayana Rodrigues da Silva
COREN-SP 0016629-7

Thayana Rodrigues da Silva
COREN-SP 0016629-7

Thayana Rodrigues da Silva
COREN-SP 0016629-7



Via de Clínicas do Ceará Ltda
Piscrição Eletrônica Paciente

Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues

Data Nascido 02/03/99 22a 7m 28s

Data Entrada 18/10/2020 18:51:54

Médico Resp Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento 1.731.315

Convenio UNIMED / ENFERMARIA

Data Presc. 31/10/2020 12:00:00

Prioritário

479.336

Dr. Ediane Souza Ferreira
CRM 013 - ENF

2403592

605 2

Dietas Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Pastosa

Dose / Intervalo / Via Horários

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

D P E

1 Difenidol 500mg/ml Amp 2ml Ev Im Difenidol SN.

1 amp 6/6 h IV (12)

(18)

(24)

(06)

14 ° S

2 Diluir EM 18 CC AD - EV

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp SN IV SN

14 ° S

Diluir 1AMP + 100ml SFG, 9% EV

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev Difenidol SN.

1 amp 8/8 h IV (14)

(22)

(06)

14 ° S

Diluir 2ml + 18ml AD EV

4 Pantozol 40mg Po Fa Ev

1 FA 1x ao dia IV

12 ° S

NAO FAZER GEMERICO

5 Celiprolol 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV SN

7 ° S

Diluir 1FA + 100ml SFG, 3% EV

Procedimentos/Serviços

Qde Intervalo Horários

Material

Data/Hora

1 Fisiopatologia

2x 12:00

31 12:00

2 Fisiopatologia

2x 12:00

31 12:00

3 Parecer Médico - Cardiologia

1x ao dia 12

31 12:00

Recomendações

Intervalo Horários

MONITORIA NEUROLOGICA

ATI

MEIO SALTINIZADO

MANTER

SSV-CO-16

ROINA

CAVALHO FIDELIO

MAVIER

Dr. Ediane Souza Ferreira
CRM 013 - ENF

NOME: Juliana Maria Castro Rodrigues

DATA: 31/10/2020 POSTO: 06

CONVÊNIO: Unimed

UNICLINIC
OFERECE COM C
ORIGINAL

LEITO: 605-2

TURNO: MT

AC. VENOSO: _____ CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO: _____

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

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

DIETA: _____

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

() Zero Para: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO: _____ CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO: _____

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

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

DIETA: _____

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

() Zero Para: _____

Observações:

À 09:45h encontrando paciente p/
o ECO

À 10:30h paciente retornou de
ECO

Marti de Azevedo
COREN-CE 000.221.524/1E

Marti de Azevedo
COREN-CE 000.221.524/1E

Observações:

Assinatura e COREN:

Marti de Azevedo
COREN-CE 000.221.524/1E

Assinatura e COREN:

LEITURA
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 001.281.033



O hospital da sua vida

GASTOS HOSPITALARES

Convênio: Unimed

Nome: Lucas nota castro
Rodriguez

Date: 31/10/2020

Material	Total
Água para injeção 10ml	
Água para injeção 20ml	
Água 13x4,5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	
Agulha 40x12	
Calentador nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotosensível	
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes acolchoada	
Gazes simples	
Inusid	
IV 3000	
Luva estéril	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Torneira Tree Way	
Cone-luz	

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nasc: 02/03/1998 22 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996392723
Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
Prontuário: 478.380
Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Jullyane Souza Ferreira	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Jullyane Souza Ferreira Enfermeiro(a)

Evolução: MT 31/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Eupneico em AA
3. Cardiovascular: Normocárdico
4. Digestivo: VO Pastosa
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: AVP em MSE PT: 02/11
8. Antimicrobianos: -----

Condutas/Intercorrências:

Paciente evolui estável, consciente, orientado, verbalizando, deambula com auxílio.
Eupneico em AA
Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
AVP em MSE PT: 02/11
Eliminações fisiológicas espontânea.
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Pendências

Arda aut procedimento cirurgico enc 27/10

Jullyane Souza Ferreira
COREN-CE 578.813 - ENF

JULLYANE SOUZA FERREIRA

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478.380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Samara da Silva Rodrigues	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): SAMARA DA SILVA RODRIGUES

Evolução SN

- Diagnóstico: TCE + PRÉ OP DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO MAXILO/MANDIBULAR
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Eupneico em AA
3. Cardiovascular: Normocárdico
4. Digestivo: VO Pastosa
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: AVP em MSE PT: 02/11
8. Antimicrobianos: -----

Condutas/Intercorrendias:

- Paciente evolui estável, consciente, orientado, verbalizando, Eupneico em AA
- Mantem colar cervical.
- Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
- Eliminações fisiológicas espontânea presente
- Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Indicações

guarda aut procedimento cirurgico enc 27/10
 Aval. cardiologista comunicado em 31/10

Samara da Silva Rodrigues
 ENFERMEIRO(a) 043 - 2.17

SAMARA DA SILVA RODRIGUES

BALANÇO HÍDRICO

DATAS: 11/10/2010 **NOME:** Maria Coate Pedragua **POSTO:** 06 **LEITO:** 605-2 **PRONTUÁRIO:**

HORA: **LIQUIDOS ADMINISTRADOS (ML)** **LIQUIDOS ELIMINADOS**

HORA	DIETA						INF. ENDOVENOSAS						DRENOS						BALANÇO PARCIAL	ASSINATURA
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE	KEHR	TÓRAX	MEDIASTINO	À VACUO			
07:00																				
08:00																				
09:00		400																		
10:00																				
11:00		400																		
12:00		150																		
SUB-TOTAL		950																		
13:00																				
14:00																				
15:00		400																		
16:00																				
17:00																				
18:00		300																		
SUB-TOTAL		700																		
19:00																				
20:00		350																		
21:00																				
22:00		150																		
23:00																				
00:00																				
01:00																				
02:00																				
03:00																				
04:00																				
05:00																				
06:00		300																		
SUB-TOTAL		300																		
TOTAL		500																		
PESO:		TOTAL INFUNDIDO: 2.450																		
		TOTAL ELIMINADO: 1.450																		
		BALANÇO FINAL: 1.000 (+)																		

UNICLINIC
CONFERE COM C
ORIGINAL

Secretaria
COORDENADORIA

Leandro Coitão
Enfermeiro

Mari de Azevedo
Júlia
CORREN-CE 5043-ENF

Mari de Azevedo
Júlia
CORREN-CE 5043-ENF

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Duane Dutra Pereira Rodrigues

TURNO: MT

DATA: 01/11/2006

POSTO: 06

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL
LUGAR: 60072

AC. VENOSO:		CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:		
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %		
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo2: %		
DIETA:		
() VO () SNE () SNG () GT () NPT		
() Zero Para:		

AC. VENOSO:		CVC () Local () Dissecção
RESPIRAÇÃO:		
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %		
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo2: %		
DIETA:		
() VO () SNE () SNG () GT () NPT		
() Zero Para:		

Observações:

Observações:

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

JOSE WESLEY MARTINS
Téc. de E.N.F.
COREN-CE 1394398

ANA CELIA A. LOPES
Téc. de E.N.F.
COREN-CE 19680
COREN-CE 13966
Téc. de E.N.F.

GASTOS HOSPITALARES

L m c R

UnimedDate: 01/11/20

Material	Total
Água para injeção 10ml	
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	
Agulha 40x12	
Cafeter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotossensível	
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fila para glicemia + lanceta	
Gazes alcoolizada	
Gazes simples	
Irurol	
IV 3000	
Luva esteril	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Tornela Tree Way	
Conc-lua	

UNICLINIL
ORIGINAL



PREFEITURA DE
UMIRIM
SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

O paciente Lucas Mota Castro Rodrigues, sexo masculino, 24 anos deu entrada hospital no dia 18/10/2020 as 03:16 onde o mesmo relata ter sofrido um acidente automobilístico na localidade de Carnaubinha no município de Umirim-CE, foi feito os primeiros socorros onde há suspeitas de fratura bilateral de mandíbula, onde foi medicado e solicitados exames de raio-x para diagnóstico.

10/11/2022.


João Batista Silva Ferreira
Secretaria de Saúde de Umirim
CPF: 74.752.063-04

  /saudeumirim

 Rua Major Sales, S/N - Trabalhadores | CEP: 62.660-000 | Umirim-Ceará



www.umirim.ce.gov.br



smsaumirim@yahoo.com.br

DECLARAÇÃO

EU, LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES, PORTADOR DA CARTEIRA DE IDENTIDADE N° 2006014114119 E CPF N° 084.338.003-96 VENHO POR MEIO DESTA DECLARAR QUE TODA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA REFERENTE AO TRATAMENTO REALIZADO, CONTENDO LESÃO SOFRIDA E DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA E DISPONIBILIZADA PELO HOSPITAL NA DATA DO ACIDENTE JÁ FOI ANEXADA AO PROCESSO. PORTANTO, SOLICITO QUE O PROCESSO VOLTE A ANALISE E SE AINDA RESTAREM DÚVIDAS SOBRE AS SEQUELAS, ME DISPONIBILIZO A PASSAR POR PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, GRATO.

X

Lucas Mota Castro Rodrigues

FORTALEZA/CE 06 DE DEZEMBRO DE 2022



PREFEITURA DE
UMIRIM
SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

O paciente Lucas Mota Castro Rodrigues, sexo masculino, 24 anos deu entrada hospital no dia 18/10/2020 as 03:16 onde o mesmo relata ter sofrido um acidente automobilístico na localidade de Carnaubinha no município de Umirim-CE, foi feito os primeiros socorros onde há suspeitas de fratura bilateral de mandíbula, onde foi medicado e solicitados exames de raio-x para diagnóstico.

10, 11, 2022.


João Batista Silva Fereira
Secretaria de Saúde de Umirim
CPF: 74.112.003-04

  /saudeumirim



Rua Major Sales, S/N - Trabalhadores | CEP 62.660-000 | Umirim-Ceará



www.umirim.ce.gov.br



umirim@yahoo.com.br

NOME

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2008010066558 SSP CE

CPF

048.217.413-77

DATA NASCIMENTO

18/06/1990

FILIAÇÃO

FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO

ACC

CATHAR

AB

Nº REGISTRO

05034566735

VALIDADE

06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO

17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

16/10/2017

Luiz Vaz

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905

CE161764037

CEARÁ



LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES



DOC. IDENTIFIC. / OUT. PASSAPORTE
2006014114119 SSP CN

CPF 084.338.003-96 DATA NASCIMENTO 02/03/1998

RELACÃO
ROMILDO RODRIGUES MOTA
JUCINARA MOTA CASTRO

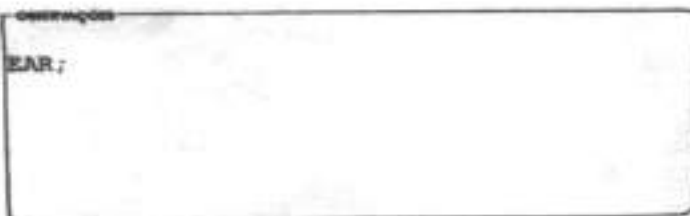
PERMISSÃO ACC CAENAR
AD

Nº REGISTRO
06702913646

VALIDADE
27/04/2031

1ª EMISSÃO
15/09/2016

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1853554928



Lucas Mota Castro Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
31/08/2021

01660841810
CE177572396

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1853554928

PROCURAÇÃO

Outorgante LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES
Estado Civil SOLTEIRO Profissão AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Residente GENERAL JOÃO COUTO, 111 CSA Bairro OLAVO OLIVEIRA
Município FORTALEZA UF CE Nascido 02/03/1998 CPF 084.338.003.96
RG 2006014114119 emissor SSP/CE Em / /

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral, 676- Parque Santa Rosa, Município de Fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com. Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES
Ocorrido em 18/10/2020

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e seguradora líder, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de trânsito praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de uma advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDI.ZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: Boletim de Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

FORTALEZA 17 , DE AGOSTO , DE 2022

Lucas Mota Castro Rodrigues

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030979/22

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

CPF: 084.338.003-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2020

Titular do CPF: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES : 084.338.003-96

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: 25/11/2022
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2022
Nome: PEDRO LEITE ALVES
CPF: 031.072.760-06

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

PEDRO LEITE ALVES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030979/22

Número do Sinistro: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

CPF: 084.338.003-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 06/12/2022
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2022
Nome: PEDRO LEITE ALVES
CPF: 031.072.760-06

PEDRO LEITE ALVES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030979/22

Número do Sinistro: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

CPF: 084.338.003-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

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: 01/12/2022
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/12/2022
Nome: PEDRO LEITE ALVES
CPF: 031.072.760-06

PEDRO LEITE ALVES

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Data do Acidente: 18/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação solicitada.

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Data do Acidente: 18/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação solicitada.

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Data do Acidente: 18/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necropsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação solicitada.

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Data do Acidente: 18/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Informamos que não recebemos a documentação complementar necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT e, por essa razão, o seu pedido foi cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

094.338.003-96

4 - Nome completo da vítima:

LUCAZ MOTA CASTRO RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

LUCAZ MOTA CASTRO RODRIGUES

6 - CPF:

094.338.003-96

7 - Profissão:

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

8 - Endereço:

GENERAL JOÃO COUTO 117, CSA

9 - Número:

111

10 - Complemento:

11 - Bairro:

OLAVO OLIVEIRA

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60361-000

15 - E-mail:

lc527310@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 96296730

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:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK 260

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

1273195

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

1273195

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (alunos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, CE, 08/08/2022

X Lucas Mota Castro Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 243 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **DANO**

Data / Hora da Comunicação: **20/10/2020 11:14:38**

Data / Hora da Ocorrência: **18/10/2020 02:30:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTR SÃO JOAQUIM - CARNAUBINHA CEP: 62.660-000, ZONA RURAL - SAO JOAQUIM UMIRIM/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO**

Nascimento: **17/02/1955** CPF: **166.699.083-34**

RG: **2003005210645** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Identidade de Gênero: **MULHER CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**

Filiação: **MARIA DO CARMO MOTA**

JOSE RODRIGUES MOTA

Endereço: **VILA RECIFE**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP: **62.660-000**

Município: **UMIRIM/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9988-6678**

Email:

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **OIP5087** Uf: **CE** Município: **UMIRIM** Chassi:

9BWAA05W1DP056708 Renavam: **484310062** Tipo do Veículo:

AUTOMOVEL Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 GIV** Ano Fabricação: **2012**

Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**

Proprietário: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Registrante informa que teve seu veículo incendiando no local e data acima descritos. Seu neto Lucas Mota Castro Rodrigues saiu no veículo e se envolveu num acidente de trânsito, colidindo com uma motocicleta. Ambos foram socorridos e o carro foi deixado no local. No entanto, para sua surpresa, quando retornaram para pegar o carro, o mesmo estava completamente destruído por fogo inclusive as placas de identificação também ficaram totalmente destruídas na ação. A registrante não tem suspeitas da autoria do dano em tela. Nada mais disse //

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANIEL MOREIRA SANTOS - MAT.: 300099-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Maria da Conceição Mota Castro**

VISTO DO(A) DELEGADO(A):



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM
Impresso nº 2021577328



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 243 / 2020

ROGERIA NEUSA DE SOUSA ESCOSSIO - MAT.: 301204-4-2

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

DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM

Impresso nº 2021577328

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 243 / 2020****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **DANO**Data / Hora da Comunicação: **20/10/2020 11:14:38**Data / Hora da Ocorrência: **18/10/2020 02:30:00**Endereço da Ocorrência: **ESTR SÃO JOAQUIM - CARNAUBINHA CEP:****62.660-000, ZONA RURAL - SAO JOAQUIM UMIRIM/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO**Nascimento: **17/02/1955** CPF: **166.699.083-34**RG: **2003005210645**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Identidade de Gênero: **MULHER CIS**Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**Filiação: **MARIA DO CARMO MOTA****JOSE RODRIGUES MOTA**Endereço: **VILA RECIFE**Bairro: **ZONA RURAL**CEP: **62.660-000**Município: **UMIRIM/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 9988-6678**

Email:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **OIP5087** Uf: **CE** Município: **UMIRIM** Chassi:**9BWAA05W1DP056708** Renavam: **484310062** Tipo do Veículo:**AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 GIV** Ano Fabricação: **2012**Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**Proprietário: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Registrante informa que teve seu veículo incendiando no local e data acima descritos. Seu neto Lucas Mota Castro Rodrigues saiu no veículo e se envolveu num acidente de trânsito, colidindo com uma motocicleta. Ambos foram socorridos e o carro foi deixado no local. No entanto, para sua surpresa, quando retornaram para pegar o carro, o mesmo estava completamente destruído por fogo inclusive as placas de identificação também ficaram totalmente destruídas na ação. A registrante não tem suspeitas da autoria do dano em tela. Nada mais disse. //

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****DANIEL MOREIRA SANTOS - MAT.: 300099-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Maria da Conceição Mota Castro***VISTO DO(A) DELEGADO(A):**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 243 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **DANO**
Data / Hora da Comunicação: **20/10/2020 11:14:38**
Data / Hora da Ocorrência: **18/10/2020 02:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR SÃO JOAQUIM - CARNAUBINHA CEP: 62.660-000, ZONA RURAL - SAO JOAQUIM UMIRIM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO**
Nascimento: **17/02/1955** CPF: **166.699.083-34**
RG: **2003005210645** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **MULHER CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **MARIA DO CARMO MOTA JOSE RODRIGUES MOTA**
Endereço: **VILA RECIFE**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.660-000**
Município: **UMIRIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9988-6678**
Email:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIP5087** Uf: **CE** Município: **UMIRIM** Chassi: **9BWAA05W1DP056708** Renavam: **484310062** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 GIV** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Registrante informa que teve seu veículo incendiando no local e data acima descritos. Seu neto Lucas Mota Castro Rodrigues saiu no veículo e se envolveu num acidente de trânsito, colidindo com uma motocicleta. Ambos foram socorridos e o carro foi deixado no local. No entanto, para sua surpresa, quando retornaram para pegar o carro, o mesmo estava completamente destruído por fogo inclusive as placas de identificação também ficaram totalmente destruídas na ação. A registrante não tem suspeitas da autoria do dano em tela. Nada mais disse. //

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANIEL MOREIRA SANTOS - MAT.: 300099-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria da Conceição Mota Castro

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

094.338.003-96

4 - Nome completo da vítima:

LUCCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

LUCCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

6 - CPF:

094.338.003-96

7 - Profissão:

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

8 - Endereço:

GENERAL JOÃO COUTO 117, CSA

9 - Número:

111

10 - Complemento:

11 - Bairro:

OLAVO OLIVEIRA

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60361-000

15 - E-mail:

lc537310@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 96296730

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:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK 260

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (além do(a) filho(a))?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, CE, 08/08/2022

X Lucas Mota Castro Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)