



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AV. CEL. JOÃO CORILHO, 299 - FONE: (0XX)(88) 3632-7100
C.B.P.I.: 02.204.808.0001-13 SP



**cuidado
humanizado**



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: M^c da Conceição Pereira e Silva **ATENDIMENTO:** 286758
Admissão no centro cirúrgico

DATA: 25/11/16 **HORÁRIO:** Procedência: (☒) Enfermaria (☐ Externo) (☐ UTI) (☐ Apto.) (☐ outro)
ótase dentária: (☒ não) (☐ sim); Adornos: (☒ João) (☐ sim);
Roupa íntima: (☒ não) (☐ sim);
Procedimento Realizado: Tiyman de Tibas E.

Evolução na Sala Operatória

Cateter venoso: (☐ veia periférica JELCO Nº:) (☐ A.V.C) (☐ dissecação venosa LOCAL:
Indicação para cirurgia: (☐ Ginecológica) (☐ Litotômica) (☒ D.Dorsal) (☐ D.Ventral) (☐ D.Lateral D/E
Sonda Vesical: (☒ não) (☐ sim) Tipo: (☐ demora) (☐ alívio) Número: Presença diurese: (☐ não) (☐ sim)
Cateter Bisturi: (☒ não) (☐ sim) Local: (☐ panturrilha D/E) (☐ dorso ombro D/E) (☐ coxa D/E
Anestesia: (☒ Bloqueio Qual: n/a (☐ Geral) (☐ Sedação) (☐ Local)
TRANSFUSÃO (☒ não) (☐ sim) C.H. (☐ PLASMA FRESCO) (☐ PLAQUETAS) (☐
Compressas: (☐ não) (☐ sim) Tipo: (☐ Torax D/E) (☐ tubular/laminar) (☐ penrouse) (☐ Kher) (☐ sucção) (☐ outros
COMPRESSAS OFERECIDAS: (☐ não) (☐ sim); COMPRESSAS CONFERIDAS: (☐ não) (☐ sim);
BANDES: PEQUENAS: GRANDES: PEQUENAS:
CIRURGIA: INÍCIO: h TÉRMINO: h
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS VIA DOSE HORARIO
Lefazal 1x 29 6:40v
Dexametasona 1x 4mg 6:40v
difenidramina 1x 29 6:40v
Betametazona 1x 4mg 6:40v
GT
Encaminhado peça para exame: (☒ não) (☐ sim) qual:
INTERCORRÊNCIAS: nt
Saída da sala operatória às: 8:29 h Destino: (☐ RPA) (☐ UTI AD.) (☐ UTINEO) (☐ UTIPED) (☒ Enfermaria) (☐ Apto.) (☐ Necrotério
Josp. N. CIRCULANTE DA SALA - ASS./COREN Emergo INSTRUMENTADOR - ASS./COREN
Recuperação Pós-Anestésico - RPA
Admissão: nível consciência: (☐ acordado) (☐ sonolento) (☐ acorda quando chama) (☐ dormindo) (☐ TOT
Reflexos: (☐ sem reflexos
Respiração: (☐ ndn) (☐ com necessidade de suplementação O₂
Local cirúrgico: (☐ ndn) (☐ alterado
NG: (☐ não) (☐ sim) SNE: (☐ não) (☐ sim) Sonda Vesical Demora: (☐ não) (☐ sim
Recomendações do cirurgião e/ou anestesiologista para RPA: (☐ não) (☐ sim) Qual: (☐ uso O₂ l/min
STOMA: (☐ não) (☐ sim) ASPECTO:

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/2
Emitido Por: ATANGANINI
Data....: 25/11/2016 07:54

INSCRIÇÃO.: 977606 DATA: 25/11/2016 07:47
NOME.: ATANGANINI
IDENTIFIC.: 2867158 DT NASC: 14/01/1968 (48A 10M 12D)
NÍVEL.: PARTICULAR
PACIENTE.: 436195 - MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA
O..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
TERMOÇÃO.: 24/11/2016 15:32 1 DIAS (8) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

CO.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
D. INT.: CLINICA CIRURGICA (ALA-A) LEITO...: ENF 220-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
.....: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
LO...: /
GNÓSTICO:
TOCOLO...:
SSIFICAÇÃO DE RISCO:

2867158*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA LIVRE

Obs.: LIBERAR PARA O ALMOÇO (POS CIRURGICO)

INDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
C.C. (D2/15) DIPIRONA INJ. 500MG/ML AMP C/2ML	1	AMP C/2ML	IV		8hs/8hs	[25/11] . 08:00 [26/11] . 08:00
Obs.: Se dor ou Tax > 38,5°C.						
↳ AGUA DESTILADA P/ INJECAO 10ML AMP.	1	AMPOLA				
C.C. (D2/15) PLASIL AMP C/2ML	1	AMP C/2ML	S	IV	8hs/8hs	
Obs.: Se náuseas ou vômitos.						
↳ AGUA DESTILADA P/ INJECAO 10ML AMP.	1	AMPOLA				
(D2/15) SORO GLICOFISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO FR. C/500ML	1	FRASC C/500	IV		8hs/8hs	[25/11] . 08:00 [26/11] . 08:00
(D1/5) CLEXANE SER C/40MG	1	SER C/40MG	SC		1 x ao dia	[25/11] . 07:47 [26/11] . 08:00
C.C. (D1/5) CEFAZOLINA SODICA FA C/1G	1	FA C/1G	IV		8hs/8hs	[25/11] . 12:00 [26/11] . 08:00
Justificativa.: FIXACAO EXTREMA						
↳ AGUA DESTILADA P/ INJECAO 10ML	1	AMPOLA				
C.C. (D1/5) TRAMAL INJ. 100 MG. AMP C/1ML	1	AMP C/2ML	IV		8hs/8hs	[25/11] . 08:00 [26/11] . 08:00
Obs.: SE DOR INTENSA						
↳ SORO FISIOLÓGICO 0,9% SISTEMA FECHADO AMP C/100ML	1	FA C/100ML				

INDICAMENTOS ENFERMAGEM

CUIDADOS GERAIS

AFERIR SINAIS VITAIS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
				Continua	[25/11] . 07:47
				8hs/8hs	[25/11] . 08:00
					[26/11] . 08:00

BOLETIM ANESTÉSICO		REGISTRO	
		436195	
		ATENDIMENTO	
		2867158	
Paciente <i>Maria da Conceição Pereira e Silva</i>			
Idade <i>48a</i>	Sexo ☐ Masc. ☒ Fem.	Peso (kg)	Altura (cm)
Data <i>25/11/2016</i>			
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura da Tíbia e E</i>			
Medicamentos em Uso <i>VP</i>			
ECTOSCOPIA E INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO			
Temperatura (°C) <i>36,5</i>	PA (mmHg) <i>110 x 60</i>	FC (bpm) <i>80</i>	FR (lpm) <i>12</i>
SpO ₂ (amb, %) <i>98%</i>			
Alergias <i>Ø</i>			
Complicações em Anestesias Anteriores <i>Ø</i>			
Jejum <i>OK</i>	ASA <i>I</i>	Mallampatti <i>II</i>	Estomento ☒ > 10cm ☐ < 10cm
Tireomentoniano ☒ > 5cm ☐ < 5cm			
Extensão Atlantooccipital	Interincisivos	Dentição	
☒ Completa ☐ Incompleta	☒ > 3cm ☐ < 3cm	☐ Bom estado ☒ Protese	
ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SNC
ENDÓCRINO / MET / RENAL			
☐ Estado Geral Ruim	☐ Hemodinâmica Instável	☐ Dispneia	☒ Acordado e orientado
☐ Estado Geral Precário	☐ Arritmia	☐ Tabagista	☐ Torporoso
☐ Cianótico	☐ Choque	☐ Asma	☐ Agitação psicomotora
☐ Ictérico	☐ Insuficiência cardíaca	☐ DPOC	☐ Coma
☐ Febril	☐ IAM prévio	☐ Hipertensão pulmonar	☐ Trauma Cranioencefálico
☐ Desidratado	☐ Uso de antiagregantes pqt	☐ Broncoespasmo	☐ Liquorréia
☐ Descorado	☐ Uso de anticoagulantes	☐ Roncos e estertores	☐ Otorragia
☐ Sudorese	☐ Revascularização prévia	☐ Pneumonia	☐ Lesão medular
	☐ Hipertensão	☐ Tosse produtiva	☐ Hipertensão intracraniana
	☐ Insuficiência coronariana	☐ Derrame pleural	☐ Déficit motor localizado
	☐ Valvopatia	☐ Pneumotórax / Hemotórax	☐ AVE prévio
	☐ Aneurisma de aorta	☐ Insuficiência respiratória	☐ Convulsão / epilepsia
			☐ Diabético
			☐ Hipertireóideo
			☐ Hipotireóideo
			☐ Obesidade
			☐ Gestação
			☐ Desnutrição
			☐ Atraso menstrual
			☐ IRA
			☐ IRC
			☐ Hematúria
			☐ ITU
EXAMES COMPLEMENTARES			
Hb	Hb	Pqt	Glicemia
	K	Cl	Ca
		Mg	TP
			Ativ
			INR
			Uréia
			TTPA
			Alb.
RX Tórax			
ECG			
AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR			
OUTRAS OBSERVAÇÕES			
ANESTESIA PROPOSTA <i>Ragionestesia hipobarica</i>			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
1	<i>Tratamento cirúrgico de fratura da tíbia e E</i>		
2			
3			
4			
ANESTESIOLOGISTA <i>Dr. George Luis Araújo</i>		CIRURGIÃO PRINCIPAL <i>Dr. Raimério</i>	
		PRIMEIRO AUXILIAR	

[Handwritten signature]

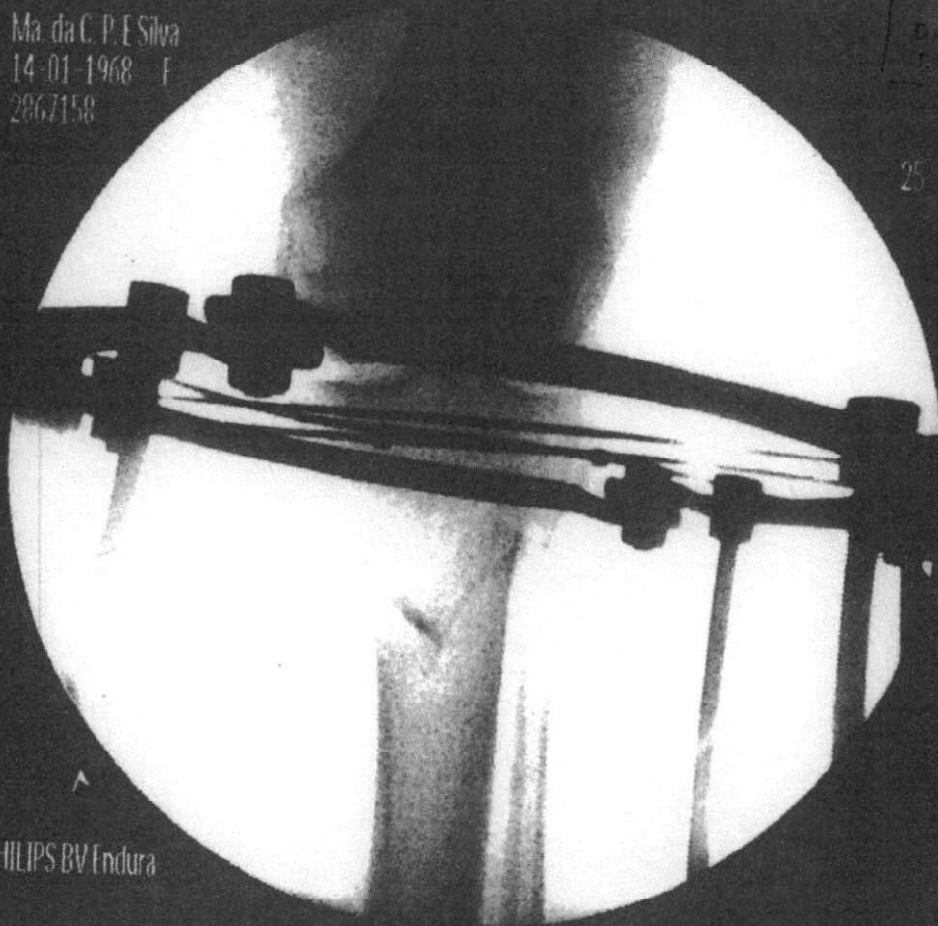
HMSUP

Dr. Ramiro

Ortopedia

25.11.2016

Ma. da C. P. E Silva
14-01-1968 F
2067158



8
1
PHILIPS BV Endura

FLS. 28
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CF

BOLETIM DE CIRURGIA

50322

PACIENTE:

CONVENIO:

DIAGNÓSTICOS:

REG. Nº

CIRURGIA REALIZADA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- Anestesia + cateterismo do ducto
gastroduodenal e fixação do ducto
gastroduodenal.
- Realização de punção intracavitária posterior
para fixação do ducto gastroduodenal e cateter
com passagem de suturas e drenagem.
- Fixação do ducto gastroduodenal com
drenagem externa e cateter com
drenagem interna e drenagem peritoneal.
Sutura do ducto intracavitária.
- Sutura do ducto intracavitária.



Dr. Reinaldo Soejima
CRM 12120/2012
Cirurgião Especialista em
Cirurgia Geral

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 299 Fone: (88) 3532 - 7100

CNPJ:03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: 2867158 Cliente: M^{te} da Conceição Pereira e Silva
 Idade: 48a ASA: I Data: 25-11-16
 Clínica: C. Pinguim da R. Quarto: 220-3 Categoria: Part.
 Cirurgião: Dr. Raimundo
 Diagnóstico: _____
 Procedimento realizado: Exatização de fíbula

~~Exatização~~ 37p. c

~~Dr. Raimundo~~ ~~Dr. Raimundo~~
 LOTE = 2411161802

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

RESP. PREPARO:

DATA ESTERILIZAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

DATA DO USO:

HORA:

S.O.

CIRURGIÃO:

OBS:

INTEGRADOR

55.937



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO CONSUMO DE MATERIAL DESACARTÁVEIS - GASES MEDICINAIS

PACIENTE: *maria da conceição*

BLOCO: *Alva "A" onco*

DATA: *24/11/16*

LEITO: *220-2*

CONVENIO: *particular*

MATERIAL	UNIDADE	QUANTIDADE MANHÃ	QUANTIDADE TARDE	QUANTIDADE NOITE
Abbocath JELCO 16,18,20,22,24	un			
Extensor	un		<i>1 N 18</i>	
Iv Fix	un		<i>1</i>	
Aguilha Desc.p/ser. 01 ml 45X13	un		<i>1</i>	
Aguilha Descartável 40X12,25X07	un			
Álcool Etilico	un			
Algodão Hidrófilo	bola		<i>5</i>	
AP. de Barbear (Prestobarba)	un		<i>1</i>	
Lamina Tricotomizador	un			
Arruela de monitor eletrodo	un			
eteter p/Oxigênio	un			
Equipo Simples	un			
Equipo p/ Dieta	un		<i>1</i>	
Equipo p /B. Infusão	un			
Equipo p/ Transfusão	cm			
Esparadrapo	cm			
Esparadrapo Micropore	cm			
Fita Advantage (HGT)	un			
Luvas Descartáveis	par			
Luvas Procedimentos	par			
Gases 7.5 x 7.5	un			
Éter	ml			
Pasta Gel	gr			
Povidine	ml			
Clorexidine	ml			
Lamina Bisturi	un			
Seringa Descartável 01 ml	un			
Seringa Descartável 03 ml	un			
Seringa Descartável 05 ml	un			
Seringa Descartável 10 ml	un			
Seringa Descartável 20 ml	un			
Sol. Fisiológico	ml			
Transofix (p/ furar o soro)	un			
Sonda p/aspir.traquel	un			
Sonda Uretral	un			
Torneira Tree - way	un			
Tampinha p/ Tree - way	un			
Enteroxix p/ Dieta (o frasco)	un			
Mascaras	un			
Sorro	un			
Propes	par			
Cabine de fluxo lamiar	30'			
OXIGÊNIO			LIGADO	DESLIGADO
IR COMPRIMIDO				
IONOMIA DE INFUSÃO				
OXÍMETRO DE PULSO				

FLS. 31
31
SECRETARIA
DE VIGILANCIA CIVIL
DO NORTE - CE



**Hospital Maternidade São Vicente
de Paulo**
Anotações de Enfermagem

24/11/2016
17:56:22
RSILVA

Paciente: 00436195 MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA

Atendimento: 02867158

Unidade: ENFERMARIA 3 LEITOS

Convênio: PARTICULAR

Leito: , CLINICA CIRURGICA

(ALA-A), ENF 220-3

Médico: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

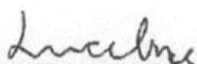
24/11/2016 16:40 Admitido nesta unidade hospitalar para tratamento cirurgico,veio de maca acompanhado por familiares fazendo uso de fixador externo em perna esquerda,realizado TC de JOELHO,aguarda colher exames laboratoriais e ECG zerar dieta as 22hs e aguarda S.O para amanha.

PA=

FC=

FR=

T=



Lucilene Barbosa dos Santos
Coren 724664 TE



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/1
Emitido Por: TCOSTA
Data....: 24/11/2016 16:35

PRESCRIÇÃO.: 977510 DATA: 24/11/2016 16:34
USUÁRIO....: TCOSTA
ATENDIMENTO: 2867158 DT NASC: 14/01/1968 (48A 10M 12D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE....: 436195 - MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2016 15:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT...: CLINICA CIRURGICA (ALA-A) LEITO...: ENF 220-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2867158

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES LABORATORIAIS

16 GRUPO SANGUINEO
Obs.: Indicação:

17 PROVA CRUZADA
Obs.: Indicação:

18 FATOR RH-FATOR RHO(INCLUINDO DU)
Obs.: Indicação:

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

19 RESERVA DE SANGUE
Obs.: 02 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS.

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1						
1						
1						

Colúmbio
Tamara

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
				ACM	[24/11]	16:34

Dr. Rainerio Soejima
TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 000000



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 2/2
Emitido Por: TCOSTA
Data....: 24/11/2016 16:14

PRESCRIÇÃO.: 977505 DATA: 24/11/2016 16:08
USUÁRIO....: TCOSTA
ATENDIMENTO: 2867158 DT NASC: 14/01/1968 (48A 10M 12D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE....: 436195 - MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2016 15:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT...: CLINICA CIRURGICA (ALA-A) LEITO...: ENF 220-3 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EXAMES LABORATORIAIS

10 TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT-A)

Obs.: Indicação:

11 GLICOSE - BIOQUIMICA

Obs.: Indicação:

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1						
1						

OK
colhido.

EXAMES DE IMAGEM

12 ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

13 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULACOES

Obs.: TOMOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO COM RECONSTRUÇÃO EM 3D. - OK

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1						
1						

[24/11] . 16:08

[24/11] . 16:08

NÃO Realizado!

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

14 CUIDADOS GERAIS

15 AFERIR SINAIS VITAIS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários

Continua [24/11] . 16:08

8hs/8hs [25/11] . 00 . 08 . 16

Dr. Rainerio Soejima
Tratamento Cirurgico
Ortopedia e Traumatologia

ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/2
Emitido Por: TCOSTA
Data....: 24/11/2016 16:14

PRESCRIÇÃO.: 977505 DATA: 24/11/2016 16:08
USUÁRIO....: TCOSTA
ATENDIMENTO: 2867158 DT NASC: 14/01/1968 (48A 10M 12D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE....: 436195 - MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2016 15:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MEDICO.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNTP. INT...: CLINICA CIRURGICA (ALA-A) LEITO...: ENF 220-Z COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCCLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2867158

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ETA

1 DIETA LIVRE

2 DIETA ZERO PARA CIRURGIA

Obs.: A partir das 22 horas.

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
				ACM	[24/11]	16:08
				ACM	[24/11]	16:08

MEDICAMENTOS

3 C.C. (D1/15) DIPIRONA INJ. 500MG/ML AMP C/2ML

Obs.: Se dor ou Tax > ou = 37,8°C.

1- AGUA DESTILADA P/ INECAO 10ML AMP.

4 C.C. (D1/15) PLASIL AMP C/2ML

Obs.: Se náuseas ou vômitos.

1- AGUA DESTILADA P/ INECAO 10ML AMP.

5 (D1/15) SORO GLICOFISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO FR. C/500ML

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	AMP C/2ML		IV	6hs/6hs	[24/11]	18:08
					[25/11]	00:06 12:06

1 AMPOLA

1 AMP C/2ML S IV 8hs/8hs

1 AMPOLA

1 FRASC C/500I IV 8hs/8hs [25/11] 00:06 12:06

EXAMES LABORATORIAIS

HEMOGRAMA COMPLETO

Obs.: Indicação:

7 UREIA - BIOQUIMICA

Obs.: Indicação:

8 CREATININA - BIOQUIMICA

Obs.: Indicação:

9 TEMPO DE PROTROMBINA (TAP)

Obs.: Indicação:

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1						

1

1

1

Dr. Rainerio Soejima
TRAUMATOLOGIA
FIBROSAS P. ILIZAROV
C. 2003

WWW.HMSVP.COM.BR



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão 24/11/2016

 FLS. 35
 DA 1ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CF

Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : TSCARVALHO

Paciente : 436195

Idade: 48 Anos / 10 Meses / 10 Dia:

Nome do Paciente : MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA

Data Nascimento : 14/01/1968

Sexo : FEMININO

Estado Civil : DIVORCIADO

Religião :

Profissão : AGRICULTOR

Naturalidade :

Endereço : SERRA DA RODAGEM

Número :

Bairro : RURAL

Cidade : ARARIPINA

CEP : 56280977

Telefone : 996334047

Identidade : 20089105723

CPF : 96356073420

CNS:

Nome da Mãe : CLARA PEREIRA DA SILVA

Nome do Pai : RAIMUNDO NONATO D ASILVA

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Responsável

Nome : MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA Parentesco : O MESMO

Fone : 996334047

Endereço : SERRA DA RODAGEM

Número :

Complemento :

CEP : 56280977

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento : TSCARVALHO

Número : 2867158

Data : 24/11/2016 Hora : 15:32:21

Origem : INTERNACAO

Tipo : INTERNACAO CIRURGICA ELET

Unidade de Internação : CLINICA CIRURGICA (ALA-A)

Leito : ENF 220-3

Médico do Atendimento : 111 RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS

Conselho: CRM -6443

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF : 52950298400

Convênio : 40 PARTICULAR

Plano : PARTICULAR

Carteira :

Guia :

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Acomodação : ENFERMARIA 3 LEITOS

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID : S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO

Procedimento principal :

52140253

FRATURA DA TIBIA ASSOCIADA OU NAO A DA FIBULA - TRATA

Local de Procedência :

Motivos

 Dr. Rainerio Soejima Ramalho Dias
 CRM 6443

 Felisbela Rosa Pereira e Silva
 Paciente/Responsável



Ficha de Anamnese de Internação

FLS. 36
24/11/2016
Data de Emissão

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: TSCARVALHO
Usuário do Atendimento: TSCARVALHO

Nome: MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA

Paciente: 436195

Sexo: FEMININO Data Nascimento: 14/01/1968 Idade: 48 Anos / 10 Meses / 10 Dias

Nome da Mãe: CLARA PEREIRA DA SILVA

Nome do Pai: RAIMUNDO NONATO D ASILVA

Endereço: SERRA DA RODAGEM

Bairro: RURAL

CEP: 56280977

Cidade: ARARIPINA

Telefone: 986334047

Profissão Declarada: AGRICULTOR

Número:

Dados do Atendimento

Data: 24/11/2016

Hora: 15:32:21

Convênio: PARTICULAR

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME: 3267707

Unidade: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade: CLINICA CIRURGICA (ALA-A)

Unidade: ENF 220-3

Felislinda Rosa Pereira e Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

Doença de origem desconhecida, com início insidioso, caracterizada por dor articular, principalmente nas articulações das pernas e braços, com rigidez matutina e dificuldade de movimento. A dor é acompanhada por inchaço e vermelhidão nas articulações afetadas. O tratamento com analgésicos e anti-inflamatórios não trouxe alívio significativo. Há histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Exame Físico:

Exame físico realizado com paciente em repouso. Observa-se edema e vermelhidão nas articulações das pernas e braços. Não há febre, perda de peso ou outros sinais de infecção sistêmica.

Hipótese Diagnóstica:

Diagnóstico Definitivo:

Alta em:

Condições de Alta:

Dr. Rainerio Soejima Ramalho Dias
RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS
CRM 6443

FLS. 37

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CF

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA ESILVA

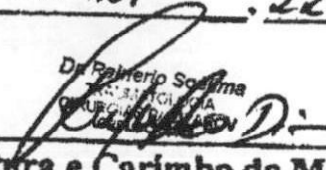
DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 30/10/2016 B.O N=16E0195001582

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA COMPLEXA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

SEQUELA(S) QUE A VÍTIMA APRESENTA ATUALMENTE EM VIRTUDE DO ACIDENTE:

DEFICIT FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO.
CARACTERIZADO PELA LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO
DE FLEXÃO.DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA: 22, 05, 2017BARBALHA-CEARA . 22 / 05 de 2017
Assinatura e Carimbo do Médico



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

26/11/2016
05:38:44
RSILVA

Paciente: 00436195 MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA

Atendimento: 02867158

Unidade: ENFERMARIA 3 LEITOS

Convênio: PARTICULAR

Leito: , CLINICA CIRURGICA
(ALA-A), ENF 220-1

Médico: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

25/11/2016 - 8;30 Paciente retonou do centro cirurgico, sonolenta, com fixação externa no membro inferior direito, segue em dieta zero e vai liberar no almoço, medicada conforme prescrito e tem alta presvista para amanhã, verificado sinais vitais, segue em repouso no leito sob so cuidados de enfermagem.

PA=100/60mmhg P=64bpm R=16rpm T=35°C

ELIELMA DA SILVA PALMEIRA
COREN - 593422

25/11/2016 Cliente evolui calma, consciente, orientada, eupneica, afebril, respirando espontâneo, com hidratação por acesso periférico, com dieta livre, mantém antibióticos, tem alta prevista para amanhã. PA=110/60 P=80 R=18 T=36°C

ROGÉRIO VIEIRA
COREN - 852476 TE

FLS. 39

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE L. CF



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/1
Emitido Por: RDIAS
Data: 26/11/2016 13:57

PRESCRIÇÃO.: 978061 DATA: 26/11/2016 13:56
USUÁRIO....: RDIAS
ATENDIMENTO: 2867158 DT NASC: 14/01/1968 (48A 10M 14D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE....: 436195 - MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2016 15:32 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT...: CLINICA CIRURGICA (ALA-A) LEITO...: ENF 220-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2867158

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTO DE ALTA

12 ALTA MEDICA

Obs.: após curativo e a adm de clexane e cefazolina.

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

Dr. Rainerio Soejima
TRAUMATOLOGIA
CIRURGIAS PLÁSTICAS
CREMEC-SP

RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS

CRM: 5443



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/2
Emitido Por: ATANGANINI
Data....: 26/11/2016 09:03

FLS. 40
SECRETARIA
DA 1ª MAJ. CIVEL
J. DO MONTE - CF

PRESCRIÇÃO.: 977889 DATA: 26/11/2016 07:41
USUÁRIO....: ATANGANINI
ATENDIMENTO: 2867158 DT NASC: 14/01/1968 (48A 10M 13D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE....: 436195 - MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2016 15:32 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT...: CLINICA CIRURGICA (ALA-A) LEITO...: ENF 220-2 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2867158

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA LIVRE					Livre	[26/11]	07:41
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. (D3/15) DIPIRONA INJ. 500MG/ML AMP C/2ML Obs.: fixo	1	AMP C/2ML		IV	6hs/6hs	[26/11]	12:18
						[27/11]	00:06
-> AGUA DESTILADA P/ INJECAO 10ML AMP.	1	AMPOLA					
3 C.C. (D3/15) PLASIL AMP C/2ML Obs.: Se náuseas ou vômitos.	1	AMP C/2ML	S	IV	8hs/8hs		
-> AGUA DESTILADA P/ INJECAO 10ML AMP.	1	AMPOLA					
4 (D3/15) SORO GLICOFISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO FR. C/500ML	1	FRASC C/500		IV	8hs/8hs	[26/11]	08:16
						[27/11]	00:00
5 (D2/5) CLEXANE SER C/40MG	1	SER C/40MG		SC	1 x ao dia	[26/11]	07:41
							14:30
6 C.C. (D2/5) CEFALOTINA SÓDICA FA C/1G Justificativa.: frax	1	FA C/1G		IV	6hs/6hs	[26/11]	12:18
-> AGUA DESTILADA P/ INJECAO 10ML AMP.	1	AMPOLA				[27/11]	00:06
7 C.C. (D2/5) TRAMAL INJ. 100 MG. AMP C/1ML Obs.: fixo	1	AMP C/2ML		IV	8hs/8hs	[26/11]	00:16
						[27/11]	00:00
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% SISTEMA FECHADO AMP C/100ML	1	FA C/100ML					
8 (D1/5) RIVOTRIL 2,5MG/ML (GOTAS) FR. C/20ML Obs.: dar 05 gotas	1	FRASC C/20V		VO	12hs/12hs	[26/11]	08:20
9 C.C. (D1/3) CETOPROFENO PO LIOF FA C/100MG Obs.: fixo	1	FA C/100MG		IV	12hs/12hs	[26/11]	08:20
							06:00
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% SISTEMA FECHADO AMP C/100ML	1	FA C/100ML					



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 2/2
Emitido Por: ATANGANINI
Data....: 26/11/2016 09:03

FLS. 41
[Handwritten signature]

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 977889 DATA: 26/11/2016 07:41
USUÁRIO....: ATANGANINI
ATENDIMENTO: 2867158 DT NASC: 14/01/1968 (48A 10M 13D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE....: 436195 - MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2016 15:32 2 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT...: CLINICA CIRURGICA (ALA-A) LEITO...: ENF 220-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
10 CUIDADOS GERAIS					Continua	[26/11]	07:41
11 AFERIR SINAIS VITAIS					8hs/8hs	[26/11]	08:16
						[27/11]	08:00

ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000

Dr. Washington L. de Fátima
[Handwritten signature]

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/2
Emitido Por: RDIAS
Data....: 26/11/2016 13:57

RESCRIÇÃO.: 977889 DATA: 26/11/2016 07:41
SUÁRIO....: ATANGANINI
FENDIMENTO: 2867158 DT NASC: 14/01/1968 (48A 10M 14D)
ONVÊNIO....: PARTICULAR
ACIENTE....: 436195 - MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA
ESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
NTERNAÇÃO.: 24/11/2016 15:32 2 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

ÉDICO.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
NID. INT...: CLÍNICA CIRURGICA (ALA-A) LEITO...: ENF 220-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
ID.....: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
ICLO...: /
IAGNÓSTICO:
ROTOCOLO..
LASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2867158

PRESCRIÇÃO MÉDICA

TA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA LIVRE					Livre	[26/11]	07:41

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. (D3/15) DIPIRONA INJ. 500MG/ML AMP C/2ML Obs.: fixo -> AGUA DESTILADA P/ INJECAO 10ML AMP.	1	AMP C/2ML		IV	6hs/6hs	[26/11]	12 18 [27/11] 08 06
3 C.C. (D3/15) PLASIL AMP C/2ML Obs.: Se náuseas ou vômitos. -> AGUA DESTILADA P/ INJECAO 10ML AMP.	1	AMP C/2ML	S	IV	8hs/8hs		
4 (D3/15) SORO GLICOFISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO FR. C/500ML	1	FRASC C/500		IV	8hs/8hs	[26/11]	08 18 [27/11] 00
5 (D2/5) CLEXANE SER C/40MG	1	SER C/40MG		SC	1 x ao dia	[26/11]	07:41
6 C.C. (D2/5) CEFAZOLINA SODICA FA C/1G Justificativa.: frat -> AGUA DESTILADA P/ INJECAO 10ML AMP.	1	FA C/1G		IV	6hs/6hs	[26/11]	12 18 [27/11] 00 06
7 C.C. (D2/5) TRAMAL INJ. 100 MG. AMP C/1ML Obs.: fixo -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% SISTEMA FECHADO AMP C/100ML	1	AMP C/2ML		IV	8hs/8hs	[26/11]	08 16 [27/11] 00
8 (D1/5) RIVOTRIL 2,5MG/ML (GOTAS) FR. C/20ML Obs.: dar 05 gotas	1	FRASC C/20V		VO	12hs/12hs	[26/11]	08 20
9 C.C. (D1/3) CETOPROFENO PO LIOF FA C/100MG Obs.: fixo -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% SISTEMA FECHADO AMP C/100ML	1	FA C/100MG		IV	12hs/12hs	[26/11]	08 20

Dr. Rainerio Soejima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 2/2
Emitido Por: RDIAS
Data....: 26/11/2016 13:57

PRESCRIÇÃO.: 977889 DATA: 26/11/2016 07:41
USUÁRIO....: ATANGANINI
ATENDIMENTO: 2867158 DT NASC: 14/01/1968 (48A 10M 14D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE....: 436195 - MARIA DA CONCEICAO PEREIRA E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2016 15:32 2 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRÚRGICA
UNID. INT.: CLINICA CIRURGICA (ALA-A) LEITO...: ENF 220-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
10 CUIDADOS GERAIS					Continua	26/11	07:41
11 AFERIR SINAIS VITAIS					8hs/8hs	26/11	08:00
						27/11	00:00

Dr. Rainerio Soejima
RUBRICA DO MÉDICO

ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2008910572-3 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 08/09/14 E
CPF 963560734-20 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORA
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

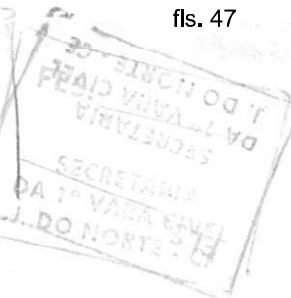
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1081-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 608992-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO NORTE-CE, 09 de JANEIRO de 2014 Maria da C. P. e Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

FLS. 245SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
NORTE - CE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA brasileiro(a), estado civil: CASADA
 Profissão: AGRICULTORA, portador(a) do RG 20089105723 órgão expedidor SSP-PE
 e do CPF: 96356073420, residente no(a) PARACETICIA NASCIMENTO DOS
 nº 336, bairro: TRIANGULO, município: JUAZEIRO DO NORTE - CE.

OUTORGADO:

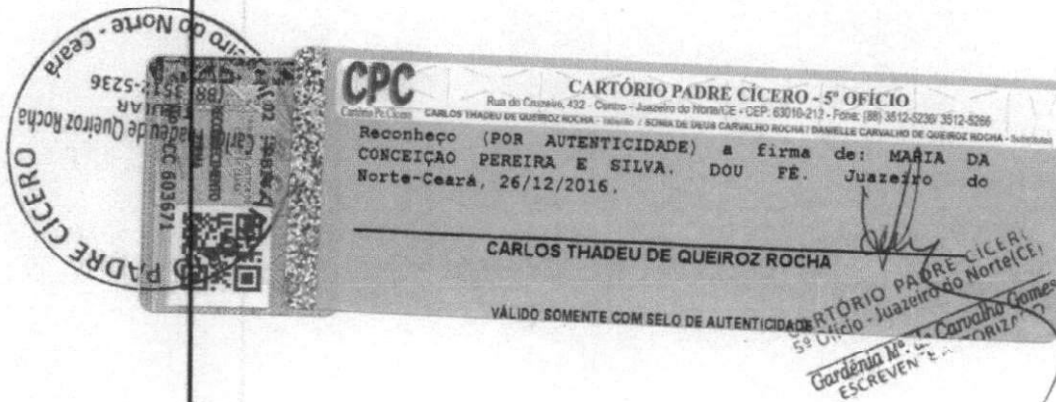
Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: RECLUSO INFORMAR, portador(a) do RG 2001029128640, órgão expedidor SSP-CE
 e do CPF: 005.639.753-42, residente no(a) RUA FRANCISCA PEREIRA DE MELO
 nº 19 'A', bairro: FREI DAMIÃO, município: JUAZEIRO DO NORTE / CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE 26-12-2016

5º OFÍCIO

Maria da C. P. e Silva
 Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



FLS. 46
SECRETARIA
DA 1ª VILA CIVEL
J. DO. OITE - CF

fls. 48

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 -- Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE RODRIGUES DOS SANTOS, portador(a) do

RG nº 2001029128640, expedido por SSP-CE, em

27 / 07 / 12, CPF/CNPJ nº 005.639.753-42,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARIA DA

CONCEIÇÃO PEREIRA E SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA E FILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

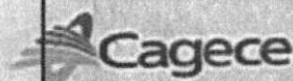
Profissão: Recuso informar Renda Mensal: R\$ Recuso informar

Documentos comprobatórios: Recuso informar e comprovar profissão e renda.

Jose Rodrigues Dos Santos
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

[illegible]

FLS. 47
~~48~~
SECRETARIA
DA-10-1



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

022449701

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

End. Leitura: RU FRANCISCA PEREIRA LOPES, 19 - FRE. OMIRO

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63180-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 001

Quadra: 0230

Lote: 0128

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R11F217111	479	107	9	8

DATAS

Leitura Atual: 07/10/2018

Emissão: 07/10/2018

Lacre Água:

Leitura Anterior: 07/09/2018

Próxima Leitura: 08/11/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	1	144	144	144	144
Analisadas	1	144	144	144	144
Em conformidade	1	144	144	144	144

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	10.00	OUT. 15	8	0
MULTA DE 2%	0.20	NOV. 15	10	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0.02	DEZ. 15	10	0
		JAN. 16	9	0
		FEB. 16	4	0
		MAR. 16	9	0
		ABR. 16	8	0
		MAY. 16	0	0



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **005.639.753-42**

Nome da Pessoa Física: **JOSE RODRIGUES DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **24/07/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/05/2002**

Digito Verificador: **00**

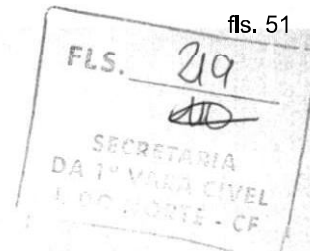
Comprovante emitido às: **11:39:41** do dia **09/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8F5E.4A37.A158.6FF5**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria da Conceição Pereira e Silva

RG nº 2008910 572.3, data de expedição 08/09/14, Órgão SSP-CE

CPF nº 963.560.734.20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Betícia Vasconcelos</u>
Número	<u>336</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Triângulo</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63040-760</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572.0398 / (88) 99779.2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte CE, 26/05/17

Assinatura do Declarante: Maria da C. P. e Silva