

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	30/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00295-0

CONTA: 000000003916-0

Nr. Autenticação

BRABESCO3005201905000000000023700295000000003916472500 PAGO

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190306128

Vítima: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **LUCAS NUNES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000000295-0**

Conta: **000003916-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190306128

Nome do(a) Examinado(a): LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): BARRA NOVA, 0 - Caucaia/CE - CEP 61622-020

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 06549856903 - DETRAN-CE. - 13/02/2017

Data e Local do Acidente : 29/11/2018 - CAUCAIA, CE.

Data e Local do Exame : 22/05/2019 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA/LUXAÇÃO DE GALEAZZI DO MSD.

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

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA, TRANSFERIDA PARA A UNIME, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK, PLACA E PARAFUSOS. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, COM COMPLICAÇÃO - DEFORMIDADE ÓSSEA.

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

ASSIMETRIA ESCPULAR, ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, DEFORMIDADE ÓSSEA DO PUNHO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICA E IRREGULAR NO ANTEBRAÇO DIREITO E BLOQUEIO MODERADO DA PRONO-SUPINAÇÃO E SEVERO DA FLEXO-EXTENSÃO.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSD, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal

MSD.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE



Paciente: 72022707 - LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Mãe: CLEMENTINA INACIO NUNES
Data Nasc.: 03/01/1996 Sexo: Masculino
Carteira: 9790020054321994
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 22 Anos 10 Meses 26 Dias
Atendimento: 6163953
Data Atendimento: 29/11/2018
Profissão:
Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

29/11/2018 23:12

QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

HDA

PACIENTE COM RELATO DE COLISÃO MOTO-VACA HÁ CERCA DE 50 MINUTOS; QUEIXA-SE DE DOR EM PUNHO DIREITO + CORTE EM REGIÃO FRONTAL;
NEGA DISPNEIA, DOR TORÁCICA, SÍNCOPE, VÔMITOS E OU OUTRAS QUEIXAS;

- A: VIAS AÉREAS PÉRVEAS, VERBALIZANDO, SEM DOR CERVICAL
- B: MVU+ SIMÉTRICOS SEM RA, SAO2: 98%, SEM O2
- C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, PA: 120/80 MMHG, FC 78 BPM, ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR, SEM INSTABILIDADE PÉLVICA
- D: ECG: 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM SINASI FOCAIS;
- E: LESÃO CORTO-CONTUSA EM FACE; FRATURA (EXPOSTA?)

- # CDTA: 1- SOLICITO RX DE TORAX/ CERVICAL/ BACIA;
2- SOLICITO RX DE MÃO E ANTEBRACO DIREITO;
3- SOLICITO PARECER DO TRAUMA
4- FACO HV + CETOPROFENO + DIPIRONA
5- SUTURO FACE

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

VIDE ACIMA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

POLITRAUMA

CID: S529 - FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA

COMORBIDADES

- ☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

- ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNAÇÃO

DENGUE

- ☐ Sinal de Alarme ☐ Sinal de Choque ☐ Sangramento Espontâneo ou Comorbidades ☐ Prova do laço positiva

RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE

CRM: 12655

Este registro foi gerado automaticamente pelo sistema de ICP-Brasil, conforme a Lei nº 12.896/2013, e não possui validade jurídica. Qualquer alteração ou falsificação é considerada crime.

RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE, AC VILLO HIL, PRESIDENTE, Nº 000118 10-10-2017-0001-0001

* Nota: Todas as informações de DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00).



LIP: 00000000

06 MAIO 2019

Atestado médico

*Atesto que o sr Lucas Nunes
de Oliveira foi vítima de acidente
motociclístico sofrendo fratura-luxa-
ção antebraço Direita tipo Galeazzi
Hoje está com 70% de capacidade
funcional por perda de flexão palmar
cerca de 45°, definitivamente*

17.04.19

Dra. Christine Muniz
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 8082 - TEOT 10194

Rua Dr. José Lourenço, 1930 - Aldeota - CEP 60115-281
Fone-Fax: (85) 3244-6215 / 3244-5821
E-mail: christine_muniz@hotmail.com - Fortaleza - CE

LIBIA CORREIA

06 MAIO 2019

Paciente: 72022707 - LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Mãe: CLEMENTINA INACIO NUNES
Data Nasc.: 03/01/1996 Sexo: Masculino
Carteira: 9790020054321994
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 22 Anos 10 Meses 26 Dias
Atendimento: 6163953
Data Atendimento: 29/11/2018
Profissão:
Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

29/11/2018 23:12

QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

HDA

PACIENTE COM RELATO DE COLISÃO MOTO-VACA HÁ CERCA DE 50 MINUTOS; QUEIXA-SE DE DOR EM PUNHO DIREITO + CORTE EM REGIAO FRONTAL;
NEGA DISPNEIA, DOR TORACICA, SINCOPE, VÔMITOS E OU OUTRAS QUEIXAS;

-A: VIAS AÉREAS PÉRVEAS, VERBALIZANDO, SEM DOR CERVICAL
-B: MVU+ SIMÉTRICOS SEM RA, SAO2: 98%, SEM O2
-C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, PA: 120:80 MMHG, FC 78 BPM, ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR.
SEM INSTABILIDADE PÉLVICA
-D: ECG: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM SINASI FOCALIS;
-E: LESÃO CORTO-CONTUSA EM FACE; FRATURA (EXPOSTA?)

CDTA: 1- SOLICITO RX DE TORAX/ CERVICAL/ BACIA;
2- SOLICITO RX DE MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO;
3- SOLICITO PARECER DO TRAUMA
4- FÁCO HV + CETOPROFENO + DIPIRONA
5- SUTURO FACE

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

VIDE ACIMA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

POLITRAUMA

CID: S529 - FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NÃO ESPECIFICADA

COMORBIDADES

☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNAÇÃO

DENGUE

☐ Sinal de Alarme ☐ Sinal de Choque ☐ Sangramento Espontâneo ou Comorbidades ☐ Prova do laço positiva

RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE

CRM: 12655



Ficha de Atendimento - INTERNACAO

NOME SOCIAL:

Dados do Paciente

FEDERACAO ENFA

Usuário do Cadastro:

U02665

Paciente: 72022707

Idade: 22 Anos / 10 Meses / 27 Dia

Nome do Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nascimento: 03/01/1996

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Religião: CATOLICA

Profissão: OUTROS

Naturalidade: FORTALEZA

Endereço: RUA ELIZER DE FREITAS GUIMARAES

Número: 613

Bairro: CENTRO

Cidade: VILA RICA DO IVAI - ICARAIMA

CEP: 87534970

Telefones: (85)981862818 / PAC / (85)986038045 / PAI PAC. PEDRO

Identidade: 2006010070613

CPF: 06661538333

Nome da Mãe: CLEMENTINA INACIO NUNES

Nome do Pai: PEDRO FRIRE DE OLIVEIRA

Dados do Responsável

Nome: AMANDA ALVES DA CRUZ

Parentesco: NAMORADO (A)

Fone: 981862818

Endereço: EXPEDITO

Número: 250

Complemento:

CEP: 61617028

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento:

U021046

Número: 6164959



Data: 30/11/2018 Hora: 14:24:35

Origem: RECEPCAO DE EMERGENCIA ADULTO

Unidade de Internação: UNIDADE TERREO

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA URG

Leito: TER14

Médico do Atendimento: 746 CHRISTINE M MUNIZ SILVA

Conselho: CRM. -8082

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 2 FEDERACAO DO ESTADO DO CEARA Plano: FEDERACAO ENFA

Carteira: 9790020054321994

Guia: 111291629

Dias Autorizados: 72 Horas Autorizadas: 72

Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CID: S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO

Procedimento principal: 30720087 FRATURA DE ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CONSERVADOR

Local de Procedência:

Observação: Guia em anexo//Enfermaria// Regulamentado

Pac: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Dt. Nasc: 03/01/1996 Dt. Int: 30/11/2018
Convênio: FEDERACAO DO ES Plano: FEDERACAO ENFA
Unidade: UNIDADE TERREO Leito: TER14

06 MAIO 2018

Amanda Cruz
Paciente/Responsável

CHRISTINE M MUNIZ SILVA
CRM 8082



Prescrição: 4328792 Data: 30/11/2018 - 01:31 DIAS INTERNADO: 1 Dias - Usuário: M010136
Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 28d)
Médico: VICTOR MAGALHAES CALLADO - CRM 10136
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Tipo Int.: Leito.: Cobertura:
Ord.: Ciclo: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: M URG

2ª VIA



Classificação de Risco MUITO URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS ESPECIAIS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 TR: MADOL, CLORIDRATO 50MG/1ML AMP + 250ML SF0,9%	1	ML		EV	6hs/6hs.	[30/11] 01:31 07:31 13:31 19:31
I-> SF 0.9% BOLSA 250ML	250	ML				

Victor Magalhães Callado
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10136/RQE 6841

VICTOR MAGALHAES CALLADO
CRM 10136

LIBIA CORREIA

06 MAIO 2013

SERVIÇO DE FARMÁCIA - KIT PQA
ANEXAR GASTO AO PRONTUÁRIO

PREPARADO POR: DATA: 28, 11, 18 HORA:
PACIENTE: Marcos Nunes de Oliveira ATEND.: 6163953
DATA DISPENSAÇÃO: 30/11/18 HORÁRIO: REQUISIÇÃO:

CÓD	MEDICAMENTOS / FIOS CIRURGICOS	Q.E	Q.U	CÓD	MAT. MÉD. HOSPIT.	Q.E	Q.U
17785	LIDOCAÍNA 2% 5ML. AMP. S/ADR.	2	01	21742	AGULHA DESC. 13 X 4,5	1	01
45639	SODIO 0,9% 100ML FRASCO	2		44686	AGULHA DESC. 25 X 7	1	
				21759	AGULHA DESC. 30 X 8	1	
	atadura ortopedica 15c.	02		29157	AGULHA DESC. 25 X 12	1	01
	malha tubular 10c.	1 M		21840	ATADURA CREPOM 10 cm	1	02
				21844	ATADURA CREPOM 15 cm	1	
33712	NYLON 2-0 C/AG. 3,0CM CORT. 1215 T	1		22789	DRENO DE PENROSE Nº 1	1	
30292	NYLON 3-0 C/AG. 3,0CM CORT. 1171 T	1	01	22555	GAZE ESTÉRIL 7,5X7,5 CM	5	55
28773	NYLON 4-0 C/AG. 2,4CM CORT. 1129 T	1		22015	LÂMINA BISTURI Nº 11	1	
29284	NYLON 5-0 C/AG. 1,5CM CORT. P1161T	1		22029	LÂMINA BISTURI Nº 15	1	
33715	NYLON 6-0 C/AG. 1,5CM CORT. 1660 T	1		22037	LÂMINA BISTURI Nº 22	1	
				22371	LUVA EST. 7,0	1	
	propylol		01	33614	LUVA EST. 7,5	1	
	pentanil		01	33617	LUVA EST. 8,0	1	01
				22292	SERINGA DESC. 05ML.	1	01
	alga 15c		02	22280	SERINGA DESC. 10ML.	1	01
	esparadrapo	2cc M			MEQUINA 20 ML		

Dispensado por: Aux. Farmácia

Recebido por: Aux. Enfermagem

Marcos Nunes

SERVIÇO DE FARMÁCIA - KIT PQA
ANEXAR GASTO AO PRONTUÁRIO

PREPARADO POR: DATA: HORA:
PACIENTE: Marcos Nunes de Oliveira ATEND.: 6163953
DATA DISPENSAÇÃO: 29/11/18 HORÁRIO: REQUISIÇÃO:

CÓD	MEDICAMENTOS / FIOS CIRURGICOS	Q.E	Q.U	CÓD	MAT. MÉD. HOSPIT.	Q.E	Q.U
17785	LIDOCAÍNA 2% 5ML. AMP. S/ADR.	2	01	21742	AGULHA DESC. 13 X 4,5	1	01
45639	SODIO 0,9% 100ML FRASCO	2	01	44686	AGULHA DESC. 25 X 7	1	
				21759	AGULHA DESC. 30 X 8	1	
				29157	AGULHA DESC. 25 X 12	1	01
				21840	ATADURA CREPOM 10 cm	1	
				21844	ATADURA CREPOM 15 cm	1	
33712	NYLON 2-0 C/AG. 3,0CM CORT. 1215 T	1		22789	DRENO DE PENROSE Nº 1	1	
30292	NYLON 3-0 C/AG. 3,0CM CORT. 1171 T	1	01	22555	GAZE ESTÉRIL 7,5X7,5 CM	5	01
28773	NYLON 4-0 C/AG. 2,4CM CORT. 1129 T	1		22015	LÂMINA BISTURI Nº 11	1	
29284	NYLON 5-0 C/AG. 1,5CM CORT. P1161T	1		22029	LÂMINA BISTURI Nº 15	1	
33715	NYLON 6-0 C/AG. 1,5CM CORT. 1660 T	1		22037	LÂMINA BISTURI Nº 22	1	
				22371	LUVA EST. 7,0	1	
				33614	LUVA EST. 7,5	1	
				33617	LUVA EST. 8,0	1	
				22292	SERINGA DESC. 05ML.	1	
				22280	SERINGA DESC. 10ML.	1	

LIBRO CORRETO

06 MAIO 2019

Dispensado por: Aux. Farmácia

Recebido por: Aux. Enfermagem

Marcos Nunes



2ª VIA



Prescrição: 4328561 Data: 29/11/2018 - 23:21 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M012655
Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 27d)
Médico: RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE - CRM 12655
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cld.: Cido.:
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: M URG

Classificação de Risco: MUITO URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA ZERO				DZ	ACM	[29/11] 23:22
HIDRATAÇÃO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RINGER C/LACTATO BOLSA 500ML	2	BOLSA		EV	ACM	[29/11] 23:22 (23/20)
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 ALIZAPRIDA 50MG/2ML AMP + SF 0,9% I-> SF 0,9% AMP 10ML	1 18	AMPOLA ML		EV	ACM	[29/11] 23:22 (01/20)
MEDICAMENTOS ESPECIAIS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/5ML AMP + 250ML SF 0,9% I-> SF 0,9% BOLSA 250ML	3 250	AMPOLA ML		EV	ACM	[29/11] 23:22 (1/20)
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 SUTURA : Exame: 2604940	1					[29/11] 23:22 (23/20)
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 PUNÇIONAR ACESSO PERIFERICO COM ABOCATH Obs: ABOCATH 14 G x 16					Agora	[29/11] 23:22 (23/20)
7 MEDIR DIURESE REGISTRANDO CARACTERISTICAS DA URINA					2hs/2hs	[29/11] 23:21 [30/11] 01:21 03:21 05:21 07:21 09:21 11:21 13:21 15:21 17:21 19:21 21:21
8 MONITORIZAÇÃO E OXIMETRIA					ACM	[29/11] 23:22
9 CURATIVO SIMPLES					ACE	
10 OBSERVAR SINAIS DE SANGRAMENTO					M4/N5	[29/11] 23:21 [30/11] 07:21 15:21

Dr. Rodrygo Nog. Cir.
Cirurgia Digestiva e Bariatrica
CRM 12655



06 MAIO 2019



HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M012655
Em: 29/11/2018 23:33

2ª VIA

Prescrição: 4328576 Data: 29/11/2018 - 23:33 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M012655

Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 27d)

Médico: RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE - CRM 12655

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: M URG



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
25 DAPIRONA 500MG/ML AMP 2ML+ AD	1	AMPOLA		EV	6hs/6hs.	[29/11] 23:33 [30/11] 05:33 11:33 17:33
-> AGUA DESTILADA AMP 20ML	18	ML				
26 CETOPROFENO 100MG FA +- SF 0,9%	1	FA		EV	12hs/12hs.	[29/11] 23:33 [30/11] 11:33
-> SF 0,9% BOLSA 100ML	100	ML				

RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA
LEITE
CRM 12655

11/11/2018

06 MAIO 2013

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1621/2007, Resolução CFO 81/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE 01032953362 AC VALID RFB 01022953362 29/11/2018 23:33 GMT 03/01/2019 02:00

NOTA: TODAS AS INSCRIÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00)



UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



Prescrição.: 4328561 Data: 29/11/2018 - 23:21 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M012655

2ª VIA

Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 27d)

Médico: RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE - CRM 12655

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo: /

Classificação de Risco: M URG



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
11 SINAIS VITAIS					1h/1h,	[29/11] 23:21 [30/11] 00:21 01:21 02:21 03:21 04:21 05:21 06:21 07:21 08:21 09:21 10:21 11:21 12:21 13:21 14:21 15:21 16:21 17:21 18:21 19:21 20:21 21:21 22:21

12 MONITORIZAÇÃO E OXIMETRIA

ACM [29/11] 23:22

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
13 RX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O. - OBLIQUAS ; Exame: 2804938 Justificativa: TRAUMA	1					
14 RX TÓRAX AP ; Exame: 2804938 Justificativa: TRAUMA	1					
15 RX BACIA ; Exame: 2804938 Justificativa: TRAUMA	1					
16 RX MÃO OU QUIRODACTÍLOS ; Exame: 2804938 Justificativa: TRAUMA Obs.: DIREITO	1					
17 RX ANTEBRACO ; Exame: 2804938 Justificativa: TRAUMA Obs.: DIREITO	1					

18 TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL ATE 3 SEGMENTOS ; Exame: 2804938

Justificativa: TRAUMA

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
19 HEMATOCRITO ; Pedido: 985062	1					
20 TAP ; Pedido: 985062	1					
21 HEMOGLOBINA ; Pedido: 985062	1					
22 HEMOGRAMA COMPLETO EHC ; Pedido: 985062	1					

LIBIA CORRETORE DA

06 MAIO 2019

Dr. Rodrigo Nogueira
Cirurgia Digestiva e Bariátrica
CRM 12655





Prescrição: 4328561 Data: 29/11/2018 - 23:21 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M012655
Atendimento: 6183953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 27d)
Médico: RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE - CRM 12655
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: M URG

2ª VIA



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
23 UREIA : Pedido: 985062	1					
24 CREATININA : Pedido: 985062	1					

Dr. Rodrigo Nogueira
Cirurgia Digestiva e Endoscopia
CRM 12655
RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA
LEITE
CRM 12655

UNIMED CORRETORA DE VALORES LTDA.

06 MAIO 2019

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2000, tendo sido gerado em um sistema de processamento de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE, 01022953382, AC VALIO RFE, 01022953382, 29/11/2018 23:26 GMT-03:00 29/11/2018.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00)



ICP
Brasil



VALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

PACIENTE: _____ IDADE: _____ ATENDIMENTO: _____ LEITO: _____ DATA: 20/11/12

DIAGNÓSTICO: Polipoma (Prot. rádio distal direito)
 CIRURGIÃO: Dr. Victor
 TRATAMENTO PROPOSTO: 1º AUXILIAR:
 TRATAMENTO EFETUADO: 2º AUXILIAR:

RESPIRATÓRIO	GASTROINTESTINAL	CARDIOVASCULAR	NEUROLÓGICO	MÚSCULO ESQUELÉTICO	ENDÓCRINO	HEMATOLÓGICO
Asma brônquica []	Hepatite []	Valvopatia []	Coma []	Artrose []	Diabetes []	Anemia []
DPOC/Displeneia []	Icterícia []	Alt. congênita []	HIC []	Doença muscular []	Doen. da Tireóide []	Hemofilia []
Tosse produtiva []	RGE []	ICC/ortopnéia []	Lesão medular []	Afecção de coluna []	Gestação []	Coagulopatia []
IVAS recente []	Obst. Intestinal []	ECG anormal []	Lesão periférica []	Fratura []	Obesidade []	Transfusão []
Def. torácica []	Pancreatite []	Anginal/IM []	Parkinson []	Patologia óssea []	Desnutrição []	ANESTESIA PRÉVIA Regional [] Geral [] IOT Difícil []
Pneumopatia []	Hemorragia []	Hipertensão []	Psiquiátrico []	Osteoporose []	Atraso menst. []	
Lesões pleurais []	Estômago cheio []	Varizes MMII []	Cefaléia []			
RX alterado []	Cirrose []	Aptidão física ruim []	Síncope/convulsão []			
		Ecocardi alterado []	Parestesias []			
INFECIOSO	RENAL	HÁBITOS	ALERGIAS	MEDICAÇÕES EM USO	EXAMES EM VIAS AÉREAS	
Sepse []	IRA []	Fumo []	NÃO	NÃO	Mallampati <u>IV</u>	Incis. Proeminentes [] S [] N []
Peritonite []	IRC []	Alcool []			Tireomontonniano [] <6cm [] >6cm []	Extensão Atlantooccipital [] 10 [] 1/2 [] completa []
Infec. Urinária []		Drogas []			Abertura de boca _____ cm	
H.I.V. []	Sangramento []					

COMENTÁRIOS ADICIONAIS					
Peso (kg)	Altura (cm)	Pulso P/min	Grupo ABO/Rh	Hto (%)	Hb (g)
70kg					
Úrêa	Creatinina	Albumina	Na	Cloro	K
Estado físico (ASA)	Pre-medicação	Jejum	Médico CRM		

Elaborado por: Dr. Victor



MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS EM SALA (ANESTESIOLOGISTA)

COD. FORM.045.ASS.CIR
DATA: 16/12/2010
REVISÃO: 00

MEDICAMENTOS				MATERIAIS E EQUIPAMENTOS				
NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD
ADALAT	CAPS		INERLAL	AMP		ABOCATH	UND	
ADENOCARD	AMP		INOVAL	AMP		AGULHA DESCARTAVEL	UND	
ADRENALINA	AMP		INSULINA REGULAR	FC		AGULHA INSULINA	UND	02
AGUA BISTEILADA	AMP		IPISILAN	FR		AGULHA PERIDURAL	UND	
AMINOFILINA	FC		ISUPREL	AMP		AGULHA PARA RAQUE	UND	
AMORFON	AMP		KANAKON			CAL SODADA	UND	
ANTAK	AMP		KEFAZOL 1g	FC		DISCOFIX - TORNEIRA 3 VIAS	UND	01
APRESOLINA	AMP		LANEXAT	ML		ELETRODO	UND	05
ATROPINA	AMP		LANOXIN	AMP		EXTENSOFIX	UND	
BICARBONATO DE SODIO	AMP		LASIX	AMP		INTIMA	UND	
BREVIBLOC	AMP		LEVOPHED	AMP		INTRAFIX AIR (FOTOSSENSIVEL)	UND	
CAPOTEN	AMP		LIQUEMINE 0.25	AMP		INTRACATH (CANAFIX)	UND	
CEBILANIDE	AMP		LIQUEMINE	ML		INTRAFIX COM INJETOR LATERAL	UND	
CETAMINA	AMP		MAINTOL 20%	TUB		INTRAFIX MICROGOTAS	UND	
CITANEST 3% COM OCTAPRESIN	TUB		MARCAINA 0.5% COM ADRENALINA	FC		MASCARA LARINGEA	UND	
CLEXANE	AMP		MARCAINA 0.5% SEM ADRENALINA	FC		PERIFIX (CATERETER PERIDURAL)	UND	
CLORETO DE POTASSIO	AMP		MARCAINA ISOBARICA	AMP		POLIFIX 2 VIAS	UND	
CLORETO DE SODIO	AMP		MARCAINA PESADA	AMP		SCALP	UND	
DECADRON	AMP		MIVACRON	AMP		SERINGA 08CC	UND	
DILACORON	AMP		NARCAN	AMP		GASES		
DMORF 2	AMP		NAROPIN 10%	FC		HEMODERIVADOS		
DIPRIVAN	AMP	01	NAROPIN 7.5%	FC		NOME	UNID	QTD
DOBUTREX	AMP		NIBILUM	FC		AR COMPRIMIDO	HORA	
DOLANTINA	AMP		NIPRIDE	AMP		OXIDO NITROSO	HORA	
DORMONID 15mg	AMP		NORADRENALINA	AMP		OXIGENIO	HORA	1.01
DORMONID 5mg	AMP		NORCURON	AMP		ETRAHE	ML	
DROPERIDOL	AMP		NUBAN	AMP		HALOTANO	ML	
EFEDEIRIA	AMP		OMEPRAZOL	AMP		FORANE	ML	
FENERGAN	AMP		PANTOPRAZOL	AMP		SEVORANE	ML	
FENTANIL	AMP	01	PAVALON	AMP		DESFLURANE	ML	
FLAGYL 0.5g	FC		PLAMET	AMP		OBSERVAÇÕES		
FLAXIPARINA	UI		PROCAIMIDE	AMP		ANESTESIOLOGISTA		
GLUCOSE 50%	FC		PROFENIDE	FC				
GLUCAGON	AMP		PROSTIGMINE	AMP				
GLUCONATO DE CALCIO	AMP		PROTAMINA	AMP				
HISOCEL	AMP		QUELICIN	FC				
HYPOMIDADE	AMP		RAMTININA	AMP				

Equipe de Suporte Hospitalar

Intensivista Anestesiologista

CRISTIANE LOBATO

Elaborado por: Dr. Ricardo
Médico Anestesiologista
CRM 10835

600. FOLIO 91A, 21
DATA: 16/11/2010
REVISAO: 00

TRANQUIL	2	RETURN
----------	---	--------

五

Abstracted from:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408</
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

$$\sum_{i=1}^n$$

Σ

ANEST	
-------	--

9

Page	10
Signature	

o
ica
ntes

Indup
Anesth
edican

Chinese

NC	PAE
1	1

HA	
HA	

5002

Det. Sanguine

☐ PERIOD

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDITOR	PLACER	

1001

TRANQUIL	2	RETURN
----------	---	--------

① Muri borjae Z

② $F_{\text{air}} = 100 \text{ N}$

④ Propose 15 only.

(6) Not a member

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

天					
---	--	--	--	--	--

		Ω	

<input type="checkbox"/> ANEST. GERAL <input type="checkbox"/> VENOZA	<input type="checkbox"/> VENTILACAO <input type="checkbox"/> ESPONTANEA	<input type="checkbox"/> SIST. D <input type="checkbox"/> C/F
--	--	--

☐ INVALUTATA ☐ CONTINUATA

<input type="checkbox"/> MASC. LUTINO	<input type="checkbox"/> MECANICA	<input type="checkbox"/> SA
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/> ENTUSIASMO	VENTIDUON	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CALMA	VC CC	<input type="checkbox"/>

№	_____	_____
№	_____	_____

<input type="checkbox"/> UNIV	<input type="checkbox"/> EM H2O
<input type="checkbox"/> NASAL	<input type="checkbox"/>

	A	P. Perdas	
			Cristobal

Purdas Insans _____

Asphalte _____

Total _____

A. F. _____

DÉBITO SALA CENT



At: 6164959 I

Pac: LUCAS WUBES DE OLIVEIRA
Dt. Nasc: 03/01/1996 Dt. Int. 30/11/2018
Convênio: FEDERACAO DO ES/Plano FEDERACAO ESF
Unidade: UNIDADE TERREO Leito: TER14

NOME: Lucas Nunes
IDADE: 22 SEXO: M CUF: ENIO
CIRURGIA: Fratura de Antebraço
CIRURGIÃO: Pristine AUXILIAR: -
INSTRUMENTADORA: Valeria f. Nogueira

MEDICAMENTOS	Unid.	Quant.	MEDICAMENTOS	Unid.	Quant.	MATERIAIS	Unid.	Quant.
Adalat	CP		Marcaina Pesada	AP		Aguilha Descartável	UN	04
Adrenalina 1%	AP		Mefen 1 gr IV	FR		Aguilha Insulina	UN	
Aarolin 0,5 mg	AP		Narcan	AP		Aguilha Carcun	UN	
Água Destilada 10ml	AP		Nipride	AP		Aguilha Pendural	UN	
Água Destilada 500 ml	FR		Nitradisc mg	UN		Aguilha p/ Benu	UN	
Alb. Humana 20% 50 ml	FR		Nor-Adrenalina	AP				
Alloferina	AP		Norcuron	AP		Algodão Ortop 10 cm	RL	
Aminofilina	AP		Nebacetin Pomada	TB		Algodão Ortop 15 cm	RL	
Ancoron	AP		Parvulon	AP		Algodão Ortop 20 cm	RL	
Aramim	AP		Plasi	AP		Atad. de Crepe 8 cm	RL	
Azul de Metileno	AP		Premarin 20 mg	FR		Atad. de Crepe 10 cm	RL	03
Bic. de Sódio 10% 10 ml	AP		Prontomina	AP		Atad. de Crepe 15 cm	RL	03
Bicanyl	AP		Quelcion 100 mg	FR		Atad. de Crepe 20 cm	RL	
Cediranida	AP		Quelcion 500 mg	FR		Atad. de Crepe 30 cm	RL	
Clor. de Pot. 19,1% 10 ml	AP		Rapile	AP		Atad. de Moim 15 cm	RL	
Clor. de Sódio 20% 10 ml	AP		Reliev	FR		Atadura Gessada 8x8	UN	
Clor. de Cálcio 10% 10 ml	AP		Revivan	AP		Atadura Gessada 10x3	UN	
Clorid. de Morfina 0.02gr	AP		Ropivacaina	AP	01	Atadura Gessada 15 cm	UN	
Clonidato de Nalorfina	AP		Selcan	AP		Atadura Gessada 20 cm	UN	
Clonidato de Papaverina	AP		Sol. B. de S. 10% 250 ml	FR		Biclutax	UN	
Colina	ML		Sol. Inamgl 20% 250 ml	FR		Sol. de C. Inoglitax	UN	
Complexo B	AP		Sol. Ringer Lact. 500 ml	FR	01	Cateter Pendural	UN	
Diprivan	AP		Solução Euroclis	FR		Cachimbo p/ BAH	UN	
Dramin	AP		Solução de Eletrólitos	AP		Cânula de Guedel 15m	UN	01
Diacoron 4 mg	FR		Solutaf 500 ml	FR		Col. de Lin. S. Rachang	UN	
Diacoron	AP		Solumedrol 500 ml	FR		Col. de Lin. Simples	UN	
Dolantina	AP		Soro Fisiológico 1000 ml	FR		Compressas 23x25 x 10	UN	
Dormid	AP	01	Soro Fisiológico 500 ml	FR	02	Compressa 45x50 cm	UN	20
Efortil	AP		Soro Fisiológico 250 ml	FR		Cord Clamp	UN	
Etrane	ML		Soro Glicofisol 500 ml	FR		Dreno Kerr N°	UN	
Epilesan Pomada	TB		Soro Glicos. 10% 1000 ml	FR		Dreno Malacot N°	UN	
Ergoltrate	AP		Soro Glicos. 10% 500ml	FR		Dreno Pantose N°	UN	
Flagyl 500 mg	FR		Soro Glicos. 5% 1000 ml	FR		Dreno Pazzor N°	UN	
Flaxedil	AP		Soro Glicos. 5% 500 ml	FR		Eletrodo Descartável	UN	05
Fantonil	ML	01	Soro Glicos. 5% 250 ml	FR		Equipo B. Infusão	UN	
Fluchane	ML		Slyptenon	AP		Equipo Burnita	UN	
Forane	ML		Subgalato Bismuto	g		Eq. de Sangue c/ Burnita	UN	
Garamicina mg	AP		Sulfato Atropina	AP		Equipo Macroglas	UN	01
Glicose % 10 ml	AP		Sulfato Efedrina	AP		Equipo Microglas	UN	
Glucagon	AP		Sulfato Magnésio	AP		Equipo p/ Sang. A	UN	
Gluconato de Cálcio 10%	AP		Sulfat. Prontamins	AP		Espiradorano	UN	40
Haemacel	FR		Syncloron	AP		Extensão de Látex	CM	
Heparina	ML		Terra-Cortril	TB		Extensor para Soro	CM	01
Hypnomidate	AP		Thionembulal	FR		Frasco a Vácuo Simples	UN	
Inoval	AP		Tracium	AP		Frasco a Vácuo c/ ALD	UN	
Insulina	UI		Tramex	AP		Gaze Furunculada	UN	
Ipsilon 1 gr	FR		Valium 10 mg	AP		Gaze Vaselineada	UN	
Inoval Pomada	TB		Vitamin C	AP		Gazes 7,5 x 7,5 cm	UN	40
Kanclon	AP		Valerian	AP		Gelo 5 kg	UN	
Keflin 1 gr	FR		Valeriana Pesada	AP		Gelatina	UN	
Kalis	FR		Valeriana 1% s/ Adr.	FR		Gerson	UN	
Lanasei	FR		Valeriana 2% s/ Adr.	FR		Intracath N° 16 GA	UN	05
Lasix	FR		Valeriana 2% s/ Adr.	TB		Intracath N° 16 GA	UN	
Marcaina c/ Adren 25%	FR		Valeriana % c/ Adr.	FR		Jato N°	UN	01
Marcaina s/ Adren 25%	AP		Valeriana % c/ Adr.	FR	05			
			Valeriana % c/ Adr.	TB				
			Valeriana % c/ Adr.	X	02			
			Valeriana % c/ Adr.	X	01			

۱۰۰ - سنه

SALA: 05

Blaqueiro de plexo + Sedap

DATA: 30/11/2018

17:30

46. FIM

4.5. DURACÃO

CIRC Belisse

LEANDRO DOMINGUEZ

213

[illegible]

Dr. C. H. ...
Group-13
CHEMIST

~~WILL CORBETT~~

06 MAY 2013



Paciente: 72022707 - LUCA UNES DE OLIVEIRA

Data Nasc.: 03/01/1996

Nome Social:

Idade: 22 Anos 10 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6164959

Carteira: 9790020054321994

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER14

Data Doc.: 30/11/2018 17:48:00

Data de Internação: 30/11/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 30/11/2018 19:21

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Clínica

Médico Responsável

CHRISTINE M MUNIZ SILVA

Diagnóstico

FRATURA GALEAZZI

Cirurgião

CHRISTINE

Anestesista

1º Auxiliar

CARLOS ALBERTO

2º Auxiliar

Cirurgia

OSTEOSSINTESE

Assinatura do Médico
e Exatidão da Data
Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

☐ Cirurgia Ambulatorial ☐ Leito Dia ☒ Unidade de Internação ☐ UCO ☐ UTI Adulto ☐ UTI Ped ☐ UTI Neo

Profissionais Necessários:

☐ Clínico Geral ☐ Fisioterapia ☐ Nutrição ☐ Fonoaudiologia ☐ Farmácia ☐ Serviço Social ☐ Psicologia

Descrição da Cirurgia

PCTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO DE PLEXO, ASSSEPSIA, ANTISSEPSIA, COLOÇÃO DE CAMPOS, FEITO ACESSO DE HENRY DISSECAÇÃO POR PLANOS IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA, REDUÇÃO SOB SCOPIA, COLOCAÇÃO DE PLACA BLOQUEADA COM 6 PARAFUSOS BLOQUEADOS, LIBERAÇÃO DO NERVO INTEROSSEO, ACESSO PÁREA ULNA REDUÇÃO DA ULNA RECISNTRICÃO DO LIGAMENTO, FIXAÇÃO COM FIO K 1,5, HEMOSTASIA, SUTURA, CURATIVO, TALA GESSADA

Previsão de Alta: 01/12/2018 18:00

CHRISTINE M MUNIZ SILVA / CRM - 8082

Este sistema foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil. Assinatura: CN=CHRISTINE M MUNIZ SILVA, OU=UNIMED FORTALEZA, OU=GOV.BR, CN=BRASIL. Assinatura: CN=CHRISTINE M MUNIZ SILVA, OU=UNIMED FORTALEZA, OU=GOV.BR, CN=BRASIL. Assinatura: CN=CHRISTINE M MUNIZ SILVA, OU=UNIMED FORTALEZA, OU=GOV.BR, CN=BRASIL.

Verifique se todas as informações de data e hora neste relatório estão no mesmo fuso horário GMT-03:00.



RECEBIDO DEPARTAMENTO DE REGISTRO
06 MAIO 2019



Paciente: 72022707 - LÚCA UNES DE OLIVEIRA

Data Nasc.: 03/01/1996

Nome Social:

Idade: 22 Anos 10 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6164959

Carteira: 9790020054321994

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER14

Data Doc.: 30/11/2018 17:48:00

Data de Internação: 30/11/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 30/11/2018 19:21

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Clínica

Médico Responsável

CHRISTINE M MUNIZ SILVA

Diagnóstico

FRATUA GALEAZZI

Cirurgião

CHRISTINE

Anestesista

1º Auxiliar

CARLOS ALBERTO

2º Auxiliar

Cirurgia

OSTEOSSINTESE

PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

☐ Cirurgia Ambulatorial ☐ Leito Dia ☒ Unidade de Internação ☐ UCO ☐ UTI Adulto ☐ UTI Ped ☐ UTI Neo

Profissionais Necessários:

☐ Clínico Geral ☐ Fisioterapia ☐ Nutrição ☐ Fonoaudiologia ☐ Farmácia ☐ Serviço Social ☐ Psicologia

Descrição da Cirurgia

POTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO DE PLEXO, ASSEPSIA, ANTISSEPSIA, COLOÇÃO DE CAMPOS, FEITO ACESSO DE HENRY DISSECCAO POR PLANOS IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA, REDUÇÃO SOB SCOPIA, COLOCAÇÃO DE PLACA BLOQUEADA COM 6 PARAFUSOS BLOQUEADOS, LIBERAÇÃO DO NERVO INTEROSSEO, ACESSO PAREIA ULNA REDUÇÃO DA ULNA RECISNTRICAO DO TRATAMENTO, FIXAÇÃO COM FIO K 1,5, HEMOSTASIA, SUTURA, CURATIVO, TALA GESSADA

Previsão de Alta: 01/12/2018 18:00

CHRISTINE M MUNIZ SILVA / CRM - 8082

06 MAIO 2019

Este relatório foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 1824/2007, Resolução CFM 54/2006, sendo este gerado em um sistema de segurança baseado em Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SISRES) do Instituto Brasileiro de Informática em Saúde (IBRIS) sob NP 034.

Assinado por: MARIA MUNIZ SILVA, FIZIAHESSA, AC VALIO RFB, FIZIAHESSA, 03/11/2018 09:48 GMT-02:00 03/11/2018

A TUDO AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORARIO GMT-02:00



At.: 6164959 Dr. Lucas Nunes de Oliveira Dt. Int. 30/11/2018 Convênio: FEDERAÇÃO DO ESPORTE FENAFEDERAR ESF Unidade Unidade TERÇO Leito 14						AVANÇADO PRÉ-ANESTÉSICA						CÓD. FORM. 042 ASS. CIR DATA: 11/03/2010 REVISÃO: 00	
PACIENTE:							IDADE:	ATENDIMENTO:	LEITO:	DATA: 30/11			
DIAGNÓSTICO:													
TRATAMENTO PROPOSTO: <i>procedimento cirúrgico de fixação do antebraço</i>							Cirurgião: <i>Cristina</i>						
TRATAMENTO EFETUADO:							1º AUXILIAR: <i>-</i>						
2º AUXILIAR:													
RESPIRATÓRIO		GASTROINTESTINAL		CARDIOVASCULAR		NEUROLÓGICO		MÚSCULO ESQUELÉTICO		ENDÓCRINO		HEMATOLÓGICO	
Asma bronquial [] DPOC/Dispnéia [] Tosse produtiva [] IVAS recente [] Def. torácica [] Pneumopatia [] Lesões pleurais [] RX alterado []		Hepatite [] Icterícia [] RGE [] Obst. Intestinal [] Pancreatite [] Hemorragia [] Estômago cheio [] Cirrose []		Valvopatias [] Alt. congênita [] ICC/ortopnéia [] ECG anormal [] Anginal/IM [] Hipertensão [] Varizes MMII [] Aplidão física ruim [] Ecocardiograma alterado []		Coma [] HIC [] Lesão medular [] Lesão periférica [] Parkinson [] Psiquiátrico [] Cefaleia [] Síncope/convulsão [] Parestesias []		Artrite [] Doença muscular [] Afecção de coluna [] Fratura [] Patologia óssea [] Osteoporose []		Diabetes [] Doen. da Tireóide [] Gestação [] Obesidade [] Desnutrição [] Atraso menst. []		Anemia [] Hemofilia [] Coagulopatia [] Transfusão []	
INFECIOSO		RENAL		HÁBITOS		ALERGIAS		MEDICAÇÕES EM USO		EXAMES EM VIAS AÉREAS			
Sepse [] Peritonite [] arculose [] I.I.V. []		IRA [] IRC [] Infec. Urinária [] Sangramento []		Fumo [] Alcool [] Drogas []		<i>Nega</i>				Malampall I II III IV Tireomontioniano [] <6cm [] >6cm Abertura de boca _____ cm			
Peso (kg) <i>+95</i>		Altura (cm) <i>193</i>		Grupo ABO/Rh		Hto (%)		Hb (g)		Glicemia		PA (Torr)	
érea		Creatinina		Na		Cloro		K		KGO		TGP	
Pré-medicação		Albumina		Jejum		Médico CRM		COMENTÁRIOS ADICIONAIS					
IAE		Pré-medicação		Pré-medicação		Pré-medicação		<i>P. LARS</i> Dr. Priscila Alves de A. Caldeira					



At: 6164959

PACIENTE: **PAO LUCAS EUREG DE OLIVEIRA**
Dt. Nascimento: 03/01/1996 Dt. Int.: 30/11/2018
Convênio: FEDERAÇÃO DO ESPÍRITO PRESENCIA EM
Unidade: UNIDADE TERREO Leito: 07/14

BOLETIM ANESTÉSICO

IDADE

Nº DA SPM

EFEITOS DE PRÉ-MEDICAÇÃO

ANOSIO

TRANQUILIZANTE

SEDADO

COO FORM 04/ASS CM
DATA: 06/12/2018
REVISÃO: 00

AG	130	18	15	-30	45	19h
O2						
N2O						
Criseletado	12	15	18	19	20	21
Temperatura						

PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0
PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0

PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0
PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0

PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0
PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0

PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0
PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0

PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0
PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0

PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0
PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0

PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0
PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0

PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0
PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0

PA	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
FC	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0
SpO2	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
ETCO2	40	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0	0
MAP	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	0	0	0



MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS EM SALA (ANESTESIOLOGISTA)

COD. FORM 045 ASS CIR

DATA: 16/12/2010

REVISÃO: 00

MEDICAMENTOS										MATERIAIS E EQUIPAMENTOS												
NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD		
ADALAT	CAPS		INDERAL	AMP		RAPIFEN	AMP		ABOCATH	UND		SERINGA 10CC	UND		SERINGA 20CC	UND						
ADENOCARD	AMP		INOVAL	AMP		REVMAN	AMP		AGULHA DESCARTAVEL	UND	03	SERINGA 20CC	UND		SONDA ASPIRAÇÃO	UND				03		
ADRENALINA	AMP		INSULINA REGULAR	FC		ROCURONIO	FC		AGULHA INSULINA	UND		SONDA NASOGÁSTRICA	UND		SONDA NASOGÁSTRICA	UND						
ÁGUA BISTILADA	AMP		IPSIPLAN	FR		SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	ML		AGULHA PERIDURAL	UND		TUBO NASOGÁSTRICO	UND		TUBO NASOGÁSTRICO	UND						
AMINOPIRINA	FC		ISUPREL	AMP		SOLUÇÃO FRUTOSE	ML		AGULHA PARA RAQUE	UND		TUBO ROBERTSHAW	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL COM CUFF	UND						
ANCORON	AMP		KANAKON			SOLUÇÃO GLICOFISIOLÓGICA 1,1	ML	01	CAL SODADA	UND		TUBO ROBERTSHAW	UND									
ANTAK	AMP		KEFAZOL 1g	FC		SOLUÇÃO GLUCOSE 5%	ML		DISCORIX - TORNEIRA 3 VIAS	UND		BOMBA DE INFUSÃO	UND									
APRESOLINA	AMP		LANEXAT	ML		SOLUÇÃO RINGER COM LACTOSE	ML	01	ELETRODO	UND		CAPNOGRAFO			CARDIOSCÓPIO (ECG)	HORA						
ATROPINA	AMP		LANOXIN	AMP		SOLUCORTEF	FC		EXTENSOFIX	UND		DESBIBULADOR			DESBIBULADOR	APLIC						
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP		LASIX	AMP		SUFENTA	AMP		INTIMA	UND		FLUORÍDIO			FLUORÍDIO	HORA						
BREVILOC	AMP		LEVOPHED	AMP		TIOPENTAL	ML		INTRAFIX AIR (FOTOSSENSIVEL)	UND		ECG			ECG	UND						
CAPOTEN	AMP		LIQUEMINE 0,25	AMP		TRACRIUM	AMP		INTRACATH (CANAFIX)	UND		FLOWTRON			FLOWTRON	HORA						
CEDILANIDE	AMP		LIQUEMINE	ML		TRANSAMIN	FC		INTRAFIX COM INJETOR LATERAL	UND	01	GAVIAR (COLCHÃO TÉRMICO)			GAVIAR (COLCHÃO TÉRMICO)	HORA						
CETAMINA	AMP		MANITOL 20%	TUB		TRANSAMIN	AMP		INTRAFIX MICROGOTAS	UND		OXIMETRO			OXIMETRO	HORA						
CITANEST 3% COM OCTAPRESIN	TUB		MARCAINA 0,5% COM ADRENALINA	FC	02	TRIDIL	ML		MASCARA LARÍNGEA	UND		WARM-AIR			WARM-AIR	HORA						
CLEXANE	AMP		MARCAINA 0,5% SEM ADRENALINA	FC		VALIUM	ML		PERIFIX (CATHETER PERIDURAL)	UND		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO			MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	HORA						
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP		MARCAINA ISOBÁRICA	AMP		XILOCAINA 1% SEM ADRENALINA	GR		POLIFIX 2 VIAS	UND		INTENSIFICADOR DE IMAGEM			INTENSIFICADOR DE IMAGEM	HORA						
CLORETO DE SÓDIO	AMP		MARCAINA PESADA	AMP		XILOCAINA 2% COM ADRENALINA	ML	01	SCALP	UND		RESPIRADOR			RESPIRADOR	HORA						
DECADRON	AMP		MIVACRON	AMP		XILOCAINA 2% SEM ADRENALINA	ML		SERINGA 05CC	UND												
DILACORON	AMP		NARCAN	AMP		XILOCAINA GELÉIA	ML		GASES				HEMODERIVADOS									
DIMORF	AMP		NAROPIN 10%	FC		XILOCAINA SPLAY	AMP		NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD	NOME	UNID	QTD					
DIPRIVAN	AMP		NAROPIN 7,5%	FC		ZOFIRAN	FC			HORA			HORA			ALBUMINA						
DOBUTREX	AMP		NINBUM	FC						HORA			HORA			PLASMASTERIL						
DOLANTINA	AMP		NIPRIDE	AMP						HORA			HORA			CONCENTRADO HEMÁCIAS						
DORMONID 15mg	AMP		NORADRENALINA	AMP						ML		ML		PLASMA								
DORMONID 5mg	AMP		NORCURON	AMP					HALOTANO	ML		PLAQUETAS	ML		PLAQUETAS							
DROPERIDOL	AMP	01	NUBAIN	AMP					FORANE	ML		CRIO			CRIO							
EFEDRINA	AMP	01	OMEPRAZOL	AMP					SEVORANE	ML												
FENERGAN	AMP		PANTOPRAZOL	AMP					DESFLURANE	ML												
FENTANIL 2mg	AMP	01	PAVALON	AMP					OBSERVAÇÕES										ANESTESIOLOGISTA			
FLAGYL 0,5g	FC		PLANET	AMP	01																	
FLAIPARINA	UI		PROCANIDE	AMP																		
GLICOSE 50%	FC		PROFENIDE	FC																		
GLUCAGON	AMP		PROSTIGMINE	AMP																		
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP		PROTAMINA	AMP																		
HISOCEL	AMP		QUELICIN	FC																		

Dr. Francisco José de A. Colares

Anestesiologista

CRM 4015

06 MAIO 2018

CORP 111
06 MAR 2013

Dr. Francisco José de A. Caldeira
Anestesiologista
C.R.C. 4015



Paciente: 72022707 JACAS NUNES DE OLIVEIRA

Nasc.: 03/01/1996

Nome Social:

Idade: 22 Anos 10 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6164959

Carteira: 9790020054321994

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: UNIDADE TERREO

Leito: TER14

Data Doc.: 30/11/2018 17:48:00

Data de Internação: 30/11/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 30/11/2018 19:21

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Clinica	Médico Responsável CHRISTINE M MUNIZ SILVA
---------	---

Diagnóstico FRATURA GALEAZZI

Enfermagem CHRISTINE	Anestesista
-------------------------	-------------

2º Auxiliar CARLOS ALBERTO	Hospital Regional de Marília CONFERE COM ORIGINAL
-------------------------------	--

Cirurgia OSTEOSSINTESE

PLANO DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

Cirurgia Ambulatorial ☐ Leito Dia ☐ Unidade de Internação ☒ UCO ☐ UTI Adulto ☐ UTI Ped ☐ UTI Neo

Profissionais Necessários:

Clínico Geral ☐ Fisioterapia ☐ Nutrição ☐ Fonoaudiologia ☐ Farmácia ☐ Serviço Social ☐ Psicologia

Descrição da Cirurgia

FEITO EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO DE PLEXO, ASSÉPSIA, ANTISSEPSE, COLOCAÇÃO DE CAMPOS, FEITO ACESSO DE HENRY DISSECÇÃO POR PLANOS IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA, REDUÇÃO SOB SCOPIA, COLOCAÇÃO DE PLACA BLOQUEADA COM 6 PARAFUSOS BLOQUEADOS, LIBERAÇÃO DO NERVO INTEROSSEO, ACESSO PAREIA ULNA REDUÇÃO DA ULNA RECINTRIÇÃO DO LIGAMENTO, FIXAÇÃO COM FIO K 1,5, HEMOSTASIA, SUTURA, CURATIVO, TALA GESSADA

Previsão de Alta: 01/12/2018 18:00

CHRISTINE M MUNIZ SILVA / CRM - 8082

LIRIA CORREIA

06 MAIO 2019

Este relatório foi elaborado digitalmente em conformidade com a Lei nº 13.127/2016, assinado eletronicamente por Christine M. Muniz Silva, inscrita no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) nº 12.127/2016, em 30/11/2018, às 19:21:00.

Assinado por: CHRISTINE M. MUNIZ SILVA, AC VALUATORES, TERAPISTAS, 30/11/2018 19:21:00, GAT 4210 30/11/2018

Este relatório foi elaborado digitalmente em conformidade com a Lei nº 13.127/2016, assinado eletronicamente por Christine M. Muniz Silva, inscrita no Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) nº 12.127/2016, em 30/11/2018, às 19:21:00.



Paciente: 7202270	UCAS NUNES DE OLIVEIRA	3 HSC: 03/01/1996
Nome Social:		
Idade: 22 Anos 10 Meses 27 Dias	Sexo: Masculino	Atendimento: 6164959
Carteira: 9790020054321994	Plano: FEDERACAO ENFA	Convênio: FEDERACAO DO ESTADO
Unidade: UNIDADE TERAPO	Leito: TER14	Data Doc: 30/11/2018 18:35:33
Data de Internação: 30/11/2018	Dias de Internação: 0	Data Impressão: 30/11/2018 18:35

Controle e Registro dos Materiais Esterilizados utilizados no procedimento

DATA: 30/11/2018

COLEGIADA: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO
 MÉDICO CIRURGIÃO: DRA. CRISTINE
 ANESTESISTA: DR. FRANZE
 DOCUMENTADORA: VALERIA + MOISES (OTOCARDIO) **LEANDRO NUNATO**

MATERIAL	INÍCIO	FINAL	CIRURGIA	OBSERVAÇÃO
20	20	34	OK.	
40	40	40	SIMPLES.	
34	34	34	CESARIA.	

CME - CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

NOME PRODUTO: *Antesepia*
 RESP. PREPARO: *Helena*
 QUANT. PEÇAS: *34*
 DATA ESTERILIZAÇÃO: *30 NOV. 2018*
 DATA LIMITE: *30 NOV. 2019*
 Nº LOTE BAO: *201254*
 Nº LOTE PCD: *3011*
 DATA DO USO: *30.11.*
 HORA: *13:00*
 S.O.: *3011*

CME - CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

NOME PRODUTO: *Antesepia + Calce*
 RESP. PREPARO: *Helena*
 QUANT. PEÇAS: *3011*
 DATA ESTERILIZAÇÃO: *30 NOV. 2018*
 DATA LIMITE: *30 NOV. 2019*
 Nº LOTE BAO: *201254*
 Nº LOTE PCD: *3011*
 DATA DO USO: *30.11.*
 HORA: *13:00*
 S.O.: *3011*

CME - CONTROLE

NOME PRODUTO: *Antesepia*
 RESP. PREPARO: *Helena*
 QUANT. PEÇAS: *3011*
 DATA ESTERILIZAÇÃO: *30 NOV. 2018*
 DATA LIMITE: *30 NOV. 2019*
 Nº LOTE BAO: *201254*
 Nº LOTE PCD: *3011*
 DATA DO USO: *30.11.*
 HORA: *13:00*
 S.O.: *3011*

CME - CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

NOME PRODUTO: *Antesepia*
 RESP. PREPARO: *Helena*
 QUANT. PEÇAS: *03*
 DATA ESTERILIZAÇÃO: *30 NOV. 2018*
 DATA LIMITE: *30 NOV. 2019*
 Nº LOTE BAO: *201254*
 Nº LOTE PCD: *3011*
 DATA DO USO: *30.11.*
 HORA: *13:00*
 S.O.: *3011*



Prescrição.: 4328788 Data: 30/11/2018 - 01:23 DIAS INTERNADO: 1 Dias - Usuário: M010136
Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 28d)
Médico: VICTOR MAGALHAES CALLADO - CRM 10136
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: M URG

2ª VIA



Classificação de Risco: MUITO URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 REDUCAO INCRUENTA ; Exame: 2804958	1					
2 TALA GESSADA - AXILO PALMAR ; Exame: 2804957	1					

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA SIMPLES ; Exame: 2804958	1					

VICTOR MAGALHAES CALLADO
CRM 10136

UNIMED SUPRE

06 MAIO 2019

Este relatório foi assinado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado em processo de Certificação para Sistemas do Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Secretaria Brasileira de Informação em Saúde (SBIS) sob nº 024.
VICTOR MAGALHAES CALLADO 76903630325, AC VALID RFB, 76903630325, 30/11/2018 13:22 GMT-03:00 30/11/2018.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00)

UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



Prescrição.: 4328792 Data: 30/11/2018 - 01:31 DIAS INTERNADO: 1 Dias - Usuário: M010136
Atendimento: 6163953 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 28d)
Médico.: VICTOR MAGALHAES CALLADO - CRM 10136
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: M URG

2ª VIA



Classificação de Risco: **MUITO URGENTE**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS ESPECIAIS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/1ML AMP + 250ML SF0.9%	1	ML		EV	6hs/6hs.	30/11/01:31 07:31 13:31 19:31
-> SF 0,9% BOLSA 250ML		250 ML				

VICTOR MAGALHAES CALLADO
CRM 10136

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Assinado eletronicamente
em 30/11/2018 às 01:31
por VICTOR MAGALHAES CALLADO
CRM 10136

115 - CORRETO

06 MAIO 2019

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MPJ 200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 51/2009, sendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Reg. em Eletrônica em Saúde (SRES) da Secretaria Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 024.

VICTOR MAGALHAES CALLADO 76903630325, AC VALID RFB, 76903630325, 30/11/2018 15:22 GMT-03:00 30/11/2018

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00)





HOSPITAL REGIONAL UNIMED
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M08082
Em: 30/11/2018 17:45

1ª VIA

Prescrição.: 4330350 Data: 30/11/2018 - 17:34 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M08082
Atendimento: 6164959 - Paciente: LUCAS NUNES DE OLIVEIRA
Data Nascimento: Dt Nasc: 03/01/1996 (22a 10m 28d)
Médico.: CHRISTINE M MUNIZ SILVA - CRM 8082
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: UNIDADE TERREO Leito.: TER14 Cobertura: ENFERMARIA 2 LEITOS
Cid.: S523 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:



PRESCRICAO MEDICA INTERNADO

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
DIETA				VO	4hs/4hs.	[30/11] 17:34 21:34 [01/12] 01:34 05:34 09:34 13:34
1 DIETA GERAL						

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
HIDRATAÇÃO				EV	Continua.	[30/11] 17:34
2 SF 0,9% BOLSA 1000 ML	1.000	BOLSA				20.40 500ml man

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
MEDICAMENTOS				EV	8hs/8hs.	[30/11] 17:34
3 (D1/3) CEFAZOLINA 1G FA+ SF 0,9%	1	FRASCO				[01/12] 01:34 05:34
-> SF 0,9% BOLSA 100ML	100	ML				
4 DIPIRONA SODICA 500MG/ML AMP 2ML + SF 0,9%	1	AMPOLA		EV	6hs/6hs.	[30/11] 17:34
-> SF 0,9% AMP 10ML	18	ML				[01/12] 01:34 05:34
5 PARECOXIB 40MG FA + SF 0,9%	1	FRASCO		EV	24hs/24hs.	[30/11] 17:34
-> SF 0,9% AMP 10ML	20	ML				

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
MEDICAMENTOS ESPECIAIS				EV	8hs/8hs.	[30/11] 17:34
6 TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG/2ML AMP + 250ML SF 0,9%	1	AMPOLA				[01/12] 01:34 05:34

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM					4x ao dia.	[30/11] 17:34 23:34 [01/12] 05:34 11:34
7 SINAIS VITAIS						

CHRISTINE M MUNIZ SILVA
CRM 8082

66 MAIO 2019

Fica registrada no sistema eletrônico de acesso com a ICP-Brasil, nº 2.706-2/0001, inscrição CPM 18210007, inscrita no CPO 912000, tendo sido gerada em um sistema conforme no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Secretaria Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob nº 024
CHRISTINE MARIA MUNIZ SILVA 75234483304, AC VALIO RFB 75234483304, 30/11/2018 15:27 GMT-03:00 30/11/2018

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT-03:00)

UNIMED FORTALEZA - DIR. DE RECURSOS PRÓPRIOS - PABX (85)3277-7000



Paciente: 7202270 - LUCAS NUNES DE OLIVEIRA Data Nasc.: 03/01/1996

Nome Social:

Idade: 22 Anos 10 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6164959

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Carteira: 9790020054321994

Leito: TER14

Data Doc.: 30/11/2018 20:45:33

Data de Internação: 30/11/2018

Dias de Internação: 0

Data Impress.: 30/11/2018 20:56

EVOLUÇÃO MÉDICA - CENTRO CIRÚRGICO

ALERGIA: NEGA

AS 19:30, POI DE FRATURA DE ANTEBRACO DIREITO SOBRE BLOQUEIO DE PLEXO E GERAL
ENDOVENOSA SEM INTERCORRENCIAS. ASA I. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO T/E,
SONOLENTO MAS RESPONDE A COMANDO VERBAIS, LEVE PICO HIPERTENSIVO COM PA DE 171 X 78
MMHG, FC 97 BPM, EUPNEICO EM AR AMBIENTE SATURANDO 96%, BLOQUEIO DO MSD. IA = 8. NEGA
DOR, NAUSEAS E/OU VOMITO. NAO APRESENTOU INTERCORRENCIAS.
CD = CONTROLE SINAIS VITAIS
VER PRESCRICAO MEDICA
AS 20:30, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO T/E, SONOLENTO MAS RESPONDE A COMANDO
VERBAIS, LEVE PICO HIPERTENSIVO COM PA DE 153 X 70 MMHG, FC 70 BPM, EUPNEICO EM AR
AMBIENTE SATURANDO 97%, BLOQUEIO DO MSD. IA = 9. NEGA DOR, NAUSEAS E/OU VOMITO. NAO
APRESENTOU INTERCORRENCIAS.
CD = CONTROLE SINAIS VITAIS
VER PRESCRICAO MEDICA
AS 21:30, QUADRO CLINICO ESTAVEL SEM INTERCORRENCIAS. IA = 9. BLOQUEIO PARCIAL DO MSD.
CD = ALTA DA SR PARA ENFERMARIA
VER PRESCRICAO MEDICA

JOAO BOSCO SIVEIRA FILHO / CRM - 10738

INFERE COM ORIGINAL

06 MAIO 2019



Paciente: 72022702 - LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Data Nasc.: 03/01/1996

Nome Social:

Idade: 22 Anos 10 Meses 28 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6164959

Carteira: 9790020054321994

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: 6º NORTE

Leito: ENF601-1

Data Doc.: 01/12/2018 09:12:13

Data de Internação: 30/11/2018

Dias de Internação: 1

Data Impress.: 01/12/2018 09:13

EVOLUÇÃO MÉDICA

ALERGIAS: NEGA

MOTIVO DA ADMISSÃO NO HRU

CID da HD

MOTIVO QUE JUSTIFICA A PERMANÊNCIA NO HOSPITAL / UNIDADE

LISTA DE PROBLEMAS

FC: 55-97 BPM

FR: 14-17 RPM

So2: 95-98 %

PA: 67-80 / 120-171 MMHG

T: 33,1-36,6 GRAUS

GLICOTESTE

EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO

paciente evoluindo sem queixas
edema leve mão
Cd: alta hospitalar

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES

PLANO TERAPÊUTICO E CONDUTA

PREVISÃO DE ALTA

MÉDICO: CHRISTINE M MUNIZ SILVA

CRM - 8082

Dr. Christine M. Muniz Silva
Médico(a) de Família e Comunidade
R. S. 5432 - TEOT 1013

66 MAIO 2019



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194686

USO OBRIGATORIO
AUTORIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.946/94)



LEGISLATURA DO PONTAVER

RESERVAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

34130

NOME
JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

filiação
FRANCISCO OTAVIANO DE AZEVEDO
MARIA LUZANIRA LUZ DE AZEVEDO

matrícula
PENTECOSTE-CE

RG
90002287191 - SSP

DATA DE NASCIMENTO
23/12/1975

CPF
420.119.223-72

DATA DE EXERCÍCIO
02 07/07/2016

NÃO

MARCELO MOTA GOMES DO AMARAL
PROCURADOR

LIBRO CORRETORES
66 MAIO 2013

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

Nome: **LUCAS NUNES DE OLIVEIRA**

CPF: **066.615.383-33** Data de Nascimento: **03/01/1996**

Função: **PEDRO FREIRE DE OLIVEIRA CLEMENTINA MACIO NUNES**

RG: **08548056903** Data de Emissão: **06/05/2020** Data de Validade: **21/01/2016**

Observações:

Car: **CE**

Assinatura do Portador: *Lucas Nunes de Oliveira*

Local: **PORTALEZA, CE** Data de Emissão: **13/02/2017**

Assinatura do Emisor: *[Assinatura]* 10414513928
CE158108150

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467817259

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467817259

06 MAIO 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, João Jefferson Alves Bernardo,

RG nº 20078565 043, data de expedição 29/04/19,

Órgão SSP, portador do CPF nº 602742 653 96,

com domicílio na cidade de Caucaia, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SANTA INÊS JAMBEI, nº 174,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

_____, cujo o condutor era

Lucas Nunes de Oliveira.

Veículo: XRE 300 Modelo: HONDA / XRE 300 Ano: 2010

Placa: OCT 9061 Chassi: 9C2NDO 910 BR00 39 85

Data do Acidente: 29/11/2018



Local e Data: 29/11/18 Caucaia - CE

João Jefferson Alves Bernardo

Assinatura do Declarante

LUIS CORREIA

Lucas Nunes de Oliveira

06 MAIO 2019

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3ª TABELIONATO
TABELIÃO: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.736.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 01.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (05) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br
Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura
indicada de JOSE JEFFERSON ALVES BERNARDO. Dou Fé
Caucaia-CE, 29 de abril de 2019.
Em Teste _____ da Verdade.
Ana Karina Lima Linhares Lolola - Tabeliã
E-062.848.223-08
Ana Soares da Silva
Tabeliã Autorizada

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal

Paciente: 72022707 - LUCAS NUNES DE OLIVEIRA Mão: CLEMENTINA MACIO NUNES		Data Nasc: 03/01/1996 Sexo: Masculino	Carteira: 97900200543221994 Estado Civil: SOLTEIRO
Idade: 22 Anos 10 Meses 26 Dias Atendimento: 6163953 Data Atendimento: 29/11/2018		Profissão: Naturalidade:	

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

HDA

PACIENTE COM RELATO DE COLISÃO MOTO-VACA HA CERCA DE 50 MINUTOS; QUEIXA-SE DE DOR EM PUNHO DIREITO + CORTE EM REGIÃO FRONTAL;
 A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, VERBALIZANDO SEM POR CERVICAL
 B: MMV + SIMÉTRICOS SEM RA SAO7: 98%, SEM O2;
 C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, PA: 120/80 MMHG, FC 78 BPM, ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR.
 D: ECG: 12, PULSILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM SINASI FOCAIS;
 E: LESÃO CORIO-CONTUSA EM FACE; FRATURA (EXPOSTA);
 # CDTA: 1- SOLICITO RX DE TORAX/ CERVICAL/ BACIA;
 2- SOLICITO RX DE MÃO E ANTEBRACO DIREITO;
 3- SOLICITO RX DE MÃO E ANTEBRACO ESQUERDO;
 4- FACO HV + CETOPROFENO + DIPIRONA
 5- SUTURO FACE

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

VIDE ACIMA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

POLITRAUMA

CID: S529 - FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA

COMORBIDADES

☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNAÇÃO

DENGUE

☐ Sinal de Alarme ☐ Sinal de Choque ☐ Sangramento Espontâneo ☐ Prova do laço positiva ou Comorbidades

RAIMUNDO RODRIGO DE SOUSA NOGUEIRA LETTE CRM: 12655

06 MAIO 2019

LÍDIA CORREIA



Este registro é de propriedade exclusiva do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. É vedada a reprodução total ou parcial sem a autorização expressa do Conselho. A violação desta regra sujeita o infrator às sanções previstas no Regulamento do Conselho. O Conselho não se responsabiliza por danos de qualquer natureza decorrentes do uso deste registro.

PROVA DE ATO DECISSÓRIO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



Impresso nº 2019271850

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 3784 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: **24/04/2019 09:48:56**

Data / Hora da Ocorrência: **29/11/2018 21:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-085**

Complemento:

Bairro: **GARROTE**

Município: **CAUCAIA/CE**

Ponto de Referência: **POSTO DO GARROTE**

Noticiante(s)

Nome: **LUCAS NUNES DE OLIVEIRA**

Nascimento: **03/01/1996** CPF: **066.615.383-33**

RG: **2006010070613**

Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **CLEMENTINA INACIO NUNES**

PEDRO FREIRE DE OLIVEIRA

Endereço: **ESTRADA BARRA NOVA, 613**

Bairro: **ICARAÍ**

CEP: **61.600-000**

Município: **CAUCAIA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98186-2818**

Histórico

Que estava transitando na Rodovia CE-085 conduzindo a motocicleta, placa OCT7061, marca/modelo Honda/XRE300, licenciado em nome de José Jefferson Alves Bernardo, em direção a rotatória, próximo ao Condomínio Residencial Garrote Village, quando uma vaca atravessou a via, saindo do matagal do canteiro central, fazendo com que o noticiante colidisse frontalmente com o mencionado semovente, levando-o ao solo; Que, em decorrência do sinistro, rompeu os ligamentos do pulso e fraturou o antebraço; Que foi por meio próprios ao Hospital Regional da Unimed; Que não compareceu ao local nem a PRE, nem o SAMU; Que estava sozinho no veículo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

THAMIRES COSTA MORAES - MAT.: 301186-4-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

06 MAIO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.615.383.33 Nome completo da vítima: WLAS NUNES DE OLIVEIRA.

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

Nome completo: WLAS NUNES DE OLIVEIRA. CPF: 066.615.383.33
Profissão: Assistente Endereço: BARRA NOVA. Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: CAUCAIA. Estado: CEARA. CEP: 61600000
E-mail: _____ Tel (DDD): (85) 99241586

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0395 0 CONTA: 3916 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, CAUCAIA 30/04/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: 06 MAIO 2019
CPF: _____
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CORRETO

06 MAIO 2313