

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01274464-6** em **17/06/2020 15:50:28**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0227905-53.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01274464-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 17/06/2020 15:50:28

Partes

Solicitante : Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S.a

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

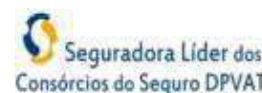
Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2727230_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2727230_PROCESSO ADM COMPLETO - 1-17.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

Número do Sinistro: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 019.692.643-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2019

Titular do CPF: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

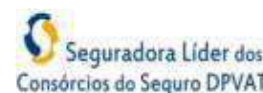
ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

Número do Sinistro: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 019.692.643-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2019

Titular do CPF: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

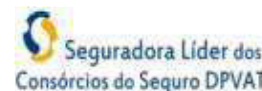
ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 019.692.643-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2019

Titular do CPF: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

GILSON NASCIMENTO DA SILVA : 019.692.643-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

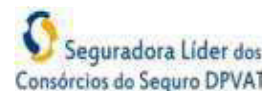
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

Número do Sinistro: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 019.692.643-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2019

Titular do CPF: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 21/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

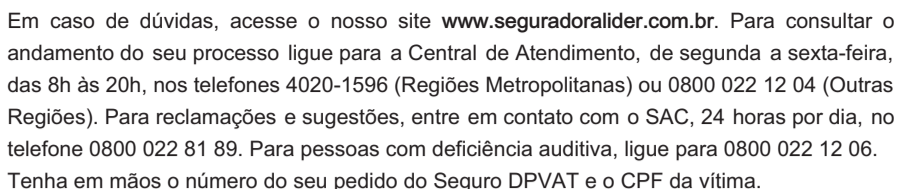
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190667163 Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 21/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190667163 Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 21/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 21/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 0000077648-0

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.692.643-22 4 - Nome completo da vítima: OLSON NASCIMENTO DA SILVA

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

5 - Nome completo: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: SE. DE VANDAGOR 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: AN. NOZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (85) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
dígito da
vítima ou
beneficiário
em alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - CE 26/11/19

X Gilson Nascimento da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28 DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019714980



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 920 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 11:15:56**
Data / Hora da Ocorrência: **21/08/2019 21:21:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD RAIMUNDO PESSOA DE ARAÚJO, MUCUNÃ - MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILSON NASCIMENTO DA SILVA**
Nascimento: **16/07/1988** CPF: _____
RG: **2004009066881** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA**
GERALDO PAULA DA SILVA
Endereço: **RUA PADRE ITAPUA, 1395**
Bairro: **SIQUEIRA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **8753-4117**

Histórico

QUE NO DIA E HORA ACIMA INDICADOS ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, DE PLACAS NUR8400/CE, DE SUA PROPRIEDADE, SE DIRIGINDO PARA A RODOVIA CE 065 COM INTUITO DE IR PARA FORTALEZA; QUE NO ENTANTO AO TENTAR DESVIAR DE UM CACHORRO, VEIO A "DERRAPAR" E A MOTO CAIU LEVANDO O ORA DECLARANTE AO SOLO; QUE CAINDO NO CHÃO E PERCEBENDO QUE HAVIA SE LESIONADO LIGOU PARA SEU IRMÃO GILLIARD NASCIMENTO DA SILVA (CPF 011.413.583-52); QUE SEU REFERIDO IRMÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE PARA LHE SOCORRER E EM RAZÃO DO SEU IRMÃO E NAMORADA ANA CRISTINA PEREIRA DE SOUSA (CPF 063.399.013-28) TEREM VINDO AO LOCAL PREFERIU NÃO CHAMAR AMBULÂNCIA, DE FORMA QUE OS MESMOS OS LEVARAM AO HOSPITAL ANA LIMA EM MARACANAÚ; QUE AO CHEGAR AO HOSPITAL FICOU FEZ RAIO X NO BRAÇO, JOELHO E PÉ E NO DIA SEGUINTE VOLTOU AO MESMO HOSPITAL PARA SER ATENDIDO POR UM TRAUMATOLOGISTA, MOMENTO EM QUE SE CONSTATOU FRATURA NO SEU PUNHO DIREITO; QUE NO PRESENTE MOMENTO AINDA SE ENCONTRA EM RECUPERAÇÃO DO REFERIDO ACIDENTE, JÁ TENDO REALIZADO CIRURGIA E AINDA PRECISANDO FAZER FISIOTERAPIA.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

ALINE CARLA DE SOUSA AGUIAR - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

Gilson Nascimento da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): _____

DELEGACIA DO 28 DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 08/10/2019 11:34:04

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/10/2019 11:34:04



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL
Impresso n° 2019714980



BOLETIM DE Ocorrência N° 128 - 920 / 2019

CARINA DE FREITAS SOARES - MAT.: 30119762

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 08/10/2019 11:34:04

Pág. 2 de 2

Impresso em: 08/10/2019 11:34:04

Scanned by CamScanner

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.692.643-22 4 - Nome completo da vítima: OLSON NASCIMENTO DA SILVA

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

5 - Nome completo: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: SE. DE VANDAGOR 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: AN. NOZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (85) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
dígito da
vítima ou
beneficiário
em alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - CE 26/11/19

X Gilson Nascimento da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 019.692.643-22 4 - Nome completo da vítima: OLSON NASCIMENTO DA SILVA

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

5 - Nome completo: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANILDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
dígito da
vítima ou
beneficiário
em alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - CE 26/11/19

X Gilson Nascimento da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.692.64322 4 - Nome completo da vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

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

5 - Nome completo: GILSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.64322

7 - Profissão: SP. DE CURADOR 8 - Endereço: RUA: ITAPOA, 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:

11 - Bairro: ARINDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150

15 - E-mail: MC527310 @ gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 77648

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - CE 26/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *X Gilson Nascimento da Silva*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61475940

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]

Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE. ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME [1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO. COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
ANALGESIA
RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR
MUSCULOESQUELÉTICA [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

A70

CONFERE CI PRONTUÁRIO

[Assinatura]
Assinatura

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000077648-0

Nr. da Autenticação 8B2673C2B321E30A



Esta é a sua conta de

08/2019

Nº DO CLIENTE

621948

VENCIMENTO

10/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

52,81

DATA EMISSÃO

25/09/2019

Nesta Fatura: Conta de Energia Elétrica Grupo B | 55kw Unica | IP: 019655126
Companhia Energética de Goiás
Rua Pista Verde, 150, Fátima CE CEP 60732-150
CNPJ 07.047.251/0001-00 | CDP 06.106.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi calculada com base no valor de 10,43R\$ de 2018 de 09/01 de 2018

DADOS DO CLIENTE

Nome MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA

Endereço RU TAPOA 01395

60732-150 FORTALEZA CANINDEZINHO

Classificação Residência Plano

Modalidade Tarifária BI RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFASICO

Medidor 262896-FAE-008 - FOL 18U21

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

51AO DE LA 779E 702F 664I 4742 D0715897C

DADOS DA MEDIÇÃO

Consumo

Letreiro

Anterior

Atual

Consumo

Mês (kWh)

Atual

Consumo

Anterior

Consumo

Mês (kWh)

Atual

Consumo

Anterior

Consumo

Mês (kWh)

Atual

Consumo

Anterior

Consumo

Mês (kWh)

Atual

Consumo

Anterior

Consumo

Mês (kWh)

Atual

Consumo

Anterior

Consumo

Mês (kWh)

Atual

Consumo

Anterior

Consumo

Mês (kWh)

Atual

Consumo

Anterior

Consumo

Mês (kWh)

CPF / CNPJ

976.385.603-43

DATAS DE LETURA

27/08/2019

25/09/2019

25/10/2019

25/11/2019

25/12/2019

25/01/2020

25/02/2020

25/03/2020

25/04/2020

25/05/2020

25/06/2020

25/07/2020

25/08/2020

25/09/2020

25/10/2020

25/11/2020

25/12/2020

25/01/2021

25/02/2021

25/03/2021

25/04/2021

25/05/2021

25/06/2021

25/07/2021

25/08/2021

25/09/2021

25/10/2021

25/11/2021

25/12/2021

25/01/2022

25/02/2022

25/03/2022

25/04/2022

25/05/2022

25/06/2022

25/07/2022

25/08/2022

25/09/2022

25/10/2022

25/11/2022

25/12/2022

25/01/2023

25/02/2023

25/03/2023

25/04/2023

25/05/2023

25/06/2023

25/07/2023

25/08/2023

25/09/2023

25/10/2023

25/11/2023

25/12/2023

25/01/2024

25/02/2024

25/03/2024

25/04/2024

25/05/2024

25/06/2024

25/07/2024

25/08/2024

25/09/2024

25/10/2024

25/11/2024

25/12/2024

25/01/2025

25/02/2025

25/03/2025

25/04/2025

25/05/2025

25/06/2025

25/07/2025

25/08/2025

25/09/2025

25/10/2025

25/11/2025

25/12/2025

25/01/2026

25/02/2026

25/03/2026

25/04/2026

25/05/2026

25/06/2026

25/07/2026

25/08/2026

25/09/2026

25/10/2026

25/11/2026

25/12/2026

25/01/2027

25/02/2027

25/03/2027

25/04/2027

25/05/2027

25/06/2027

25/07/2027

25/08/2027

25/09/2027

25/10/2027

25/11/2027

25/12/2027

25/01/2028

25/02/2028

25/03/2028

25/04/2028

25/05/2028

25/06/2028

25/07/2028

25/08/2028

25/09/2028

25/10/2028

25/11/2028

25/12/2028

25/01/2029

25/02/2029

25/03/2029

25/04/2029

25/05/2029

25/06/2029

25/07/2029

25/08/2029

25/09/2029

25/10/2029

25/11/2029

25/12/2029

25/01/2030

25/02/2030

25/03/2030

25/04/2030

25/05/2030

25/06/2030

25/07/2030

25/08/2030

25/09/2030

25/10/2030

25/11/2030

25/12/2030

25/01/2031

25/02/2031

25/03/2031

25/04/2031

25/05/2031

25/06/2031

25/07/2031

25/08/2031

25/09/2031

25/10/2031

25/11/2031

25/12/2031

25/01/2032

25/02/2032

25/03/2032

25/04/2032

25/05/2032

25/06/2032

25/07/2032

25/08/2032

25/09/2032

25/10/2032

25/11/2032

25/12/2032

25/01/2033

25/02/2033

25/03/2033

25/04/2033

25/05/2033

25/06/2033

25/07/2033

25/08/2033

25/09/2033

25/10/2033

25/11/2033

25/12/2033

25/01/2034

25/02/2034

25/03/2034

25/04/2034

25/05/2034

25/06/2034

25/07/2034

25/08/2034

25/09/2034

25/10/2034

25/11/2034

25/12/2034

25/01/2035

25/02/2035

25/03/2035

25/04/2035

25/05/2035

25/06/2035

25/07/2035

25/08/2035

25/09/2035

25/10/2035

25/11/2035

25/12/2035

25/01/2036

25/02/2036

25/03/2036

25/04/2036

25/05/2036

25/06/2036

25/07/2036

25/08/2036

25/09/2036

25/10/2036

25/11/2036

25/12/2036

25/01/2037

25/02/2037

25/03/2037

25/04/2037

25/05/2037

25/06/2037

25/07/2037

25/08/2037

25/09/2037

25/10/2037

25/11/2037

25/12/2037

25/01/2038

25/02/2038

25/03/2038

25/04/2038

25/05/2038

25/06/2038

25/07/203

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

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

GILSON NASCIMENTO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.692.643 / 22,

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima GILSON NASCIMENTO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.692.643 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: RUA PROFESSOR CABRAL	Número: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA
E-mail: RC527310@GMAIL.COM	CEP: 60.762-775	
		Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 25 DE NOVEMBRO DE 2019

x Alexandre Barbosa da Cruz
Assinatura do Declarante

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasc: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº: 43101937	21/08/2019	às 21:21

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS, DE CAPACETE. ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME

[1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
ANALGESIA
RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR
MÚSCULOESQUELÉTIC
A

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

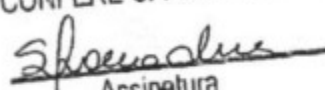
[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Assinatura

Orientação para movimentação do processo de sinistro

REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA


Ana Pina
Coordenadora de Relacionamento
com Canais de Atendimento

Orientação para movimentação do processo de sinistro

REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA


Ana Pina
Coordenadora de Relacionamento
com Canais de Atendimento



Av. Humberto Monte, 1440 - Parqueiândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

Atestado
Atesto para o Sr. Gilson
Nascimento de Sousa -
Portador de deficiência
física, que em 21/08/2019 sub-
stituiu o referencial
médico com o intuito
de realizar o tratamento
físico de forma
adequada, conforme
prescrição médica
de 20/11/19.

Dr. João Batista Gomes de Silva
Médico - CRM 8155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 20/11/19.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL. Naso: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº: 43101937	21/08/2019	às 21:21

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS DE CAPACETE, ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME

[1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
ANALGESIA
RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR
MÚSCULOESQUELÉTIC
A

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Shoensolus
Assinatura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

TOMOGRAFIA - HAL

Nº Pedido: 32576647

Data 22/08/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento 16/07/1988 Sexo M RG 2004009066881 SSP CE CPF 01969264322

Endereço R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel 987534117

Convenio HAPVIDA

Matricula 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) GUILHERME DE CASTRO

Queixa Principal:

DORES

Exame:

TC DO PUNHO DIREITO

!R^KV

6147594051

TECNICA

Exame realizado em projeção axial e coronal com cortes de 2 0 mm de espessura sem administração de contraste

Analise

Fratura cominutiva do escafoide com deslocamento palmar do maior fragmento

Subluxação palmar do semilunar

Demais estruturas osseas de morfologia e textura normais

Demais espaços articulares de amplitude conservada

Edema das partes moles junto ao sítio de fratura

* Exame documentado em CD

RAIMUNDO NOBERTO DE LIMA NETO CRM 11966-CE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 33057310

Data 19/09/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento.: 16/07/1988 Sexo: M RG.: 2004009066881 SSP CE CPF.: 01969264322

Endereco...: R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel.: 987534117

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) IGOR RABELO DE SALE

CENTRO CIRURGICO

Queixa Principal:

INTERNACAO

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS DIREITO

!a1IWE

6214385231

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação metálica de fratura em escafóide.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

19/09/2019
SERIE 1/1
MAGNUM 1/2

SHIRLEY HANCOCK, 71/10/1938, VA, SEX: F, HGT: 170



Open 1024 MC 512

LOSSALESS
Q. 20%

POR 14:58
PTB2 25/11/2019

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

25/04

SÉRIE: 1/3
IMAGEM: 1/1



HOSPITAL ANA LIMA
PACIENTE: DIANE 12113719

SÉRIE: 2/3
IMAGEM: 1/1



HOSPITAL ANA LIMA

SÉRIE: 3/3
IMAGEM: 1/1



HOSPITAL ANA LIMA



70%
Qualidade

19%
W: 1023 L: 511

72%
Qualidade

15%
W: 1023 L: 511

70%
Qualidade

24%
W: 1023 L: 511

POR 14:54
PRB2 25/11/2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 22:51

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI Nasc: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 824206/15	
Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº 43104595	21/08/2019	às 22:46

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE RETORNA COM MELHORA DE DOR APÓS ANALGESIA
 DEIXA-ME DÚVIDA AO ANALISAR, EM RADIOGRAFIA,
 POSSIBILIDADE DE FRATURA EM OSSOS DO CARPO DIREITO
 ASSIM, ORIENTO PROCURAR ATENDIMENTO NESTA UNIDADE COM
 TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃ
 CD
 ANALGESIA
 ATESTADO MÉDICO 3 DIAS
 PROCURAR ATENDIMENTO COM TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃ

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
 AGRUPADOS>

[1]

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO
 ESPECIFICADOS

[1]

99

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO
 ESPECIFICADOS

[1]

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO
 ESPECIFICADOS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO
[Assinatura]
 Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA DL. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61475940 Prontuário: 11762736
 Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /
 Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1] Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS, DE CAPACETE, ATINDENDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME [1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
 ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
 TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
 ANALGESIA
 RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Glauber Correia Melo
 Assinatura

**FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS**

 Atendimento
61502878


22/08/2019 22 03 26

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA		M	16/07/1988	31
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
2004009066881 SSP CE	1969264322			2-SOLTEIRO	
Endereço					
R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732150					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe			
987534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/08/2019	19:57		
Médico Atendente		Clínica	
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA		5 PQA (CENTRO CIRURGICO)	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA	
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
50339000095000014		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação		Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01		03
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
41946003	99996666	D25824578	INTERNACAO
41946003	30721180	D25824578	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENTA

NOTA DE SALA

47.35350

Atendimento:	61502878	Prontuário:	11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCI	Tipo Anestesia:	SEDACAO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	222
Equipe Médica:	CIRURGIAO	1776126	BRUNO MOTA ALBUQUERQUE	CRM	11736
	ANESTESISTA	3927954	EUZIANE LOPES SILVA	CRM	171012
	CIRCULANTE	3132870	KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS	COREN	875867
	INSTRUMENTADORA	1408321	ANA PAULA GOMES	COREN	544404

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	2	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	120105	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ AMPL 20ML AMPL 20 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	43290	RINGER CLACIATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO [ATAD 10CM] ROLO 1 UD	2	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5			
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3			
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	2			
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1 30X1.60 - 1 UD	2			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4			
134084	EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINCO - 1 UD	1			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	4			
30635	LUIVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUIVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	2			
30660	LUIVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	2			
30678	LUIVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	2			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	120			
50872	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/10 PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

FICHA DE ANESTESIA



**ANTONIO
PRUDENTE**

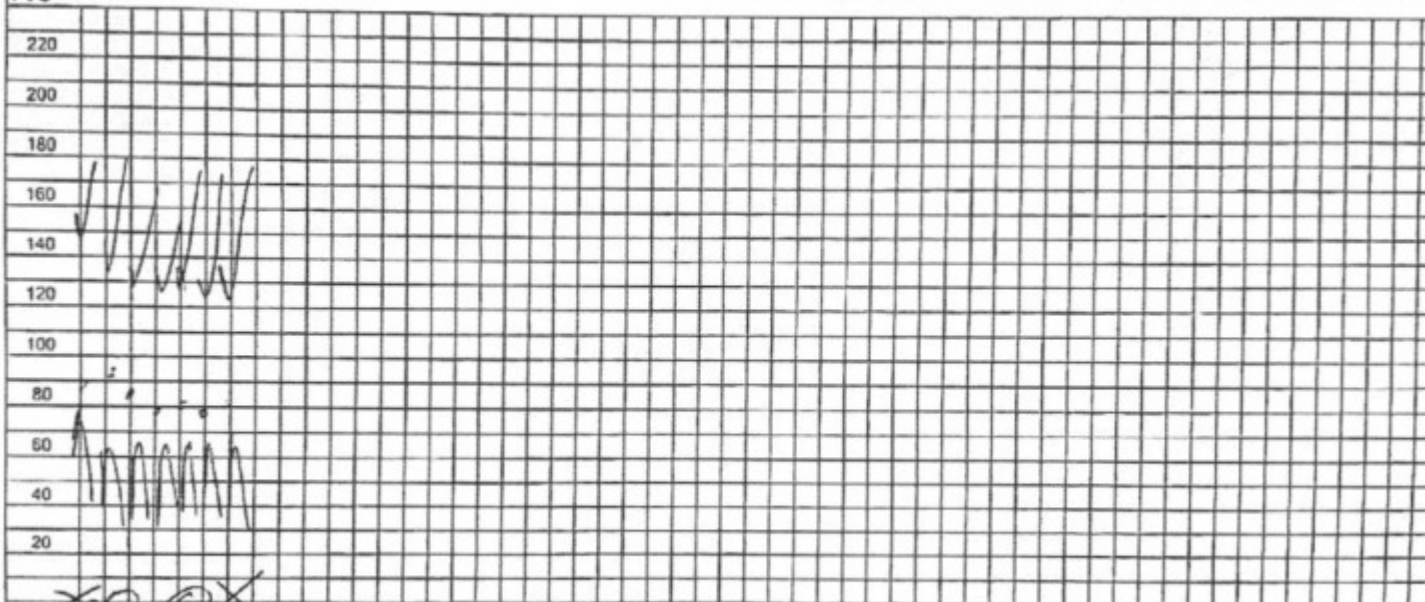
Nome: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Data: 22/03/19
 Idade: 31a Peso: 73kg Sexo: F M
 Prontuário: 11762736 Convênio: HARVIA
 Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO
 Cirurgia: REDUÇÃO FRATURAS DE PUNHO DIREITO Anestesia: SEDACIÃO
 Cirurgião: DR. GILSON MOTA ASA: I

A	HORA	23.00
G	O ₂	
E	NO	
N	Ar	
T	FAS	
E	COTA	
S	Pne	

LÍQUIDOS

CARDIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
--------------	----------------------	------------	-------------------	------------------

SAT O₂ 97% 100%
 ETC O₂
 PVC



DROGAS	EVENTO
1 Fentanyl 100 µg	A Lidartrina 20mg + Cheek-45
2 Cetamina 20mg	B Sonda
3 Propofol 50mg	C
4 Ropivacaína 2% 50ml	D
5 Naloxona 2mg	E
6 Naloxona 2mg	F
7	G
8	H
9	I
10	J

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação	Oro	Naso	Sonda
R. LÍQUIDO	500ml				Respiração	Espon	Assist	Mecân
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição	DDT	Local da Punção	
					Aguilha	Técnica		
					Início	22.00	Final	23.00
					Duração	23.00		

Condição final op: REG. SUPLEN. ESSENCIAL

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesiista - CRM

Euziane Lopes Silva
 Anestesiologista
 CRM-CE 20290

FICHA DE ANESTESIA REF 74411

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	
Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]		Nº: 43154003	22/08/2019 às 22:46

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S630

Diagnóstico Cirúrgico S630

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 22/08/2019

Hora Da Cirurgia 22:46

Cirurgia redução incruenta do punho

Cirurgião bruno mota

Descrição Cirúrgica
paciente em ddh sob sedação
realizado redução incruenta do punho
checado sob intensificador de imagens
tala axila apimar
a rpa

Códigos Dos Procedimentos 30721180

Dr. Bruno Mota
Cirurgião Titular
CRM 11736 - R. 1566

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,
COREN 675867 [1]

Nº: 43152912 22/08/2019 às 22:05

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	NÃO SE APLICA.
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO SE APLICA.
Via Aérea Difícil	NÃO.
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO SE APLICA.
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.
Lateralidade Do Procedimento	Direita
Paciente Certo	SIM.
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.
Procedimento	SIM.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	NÃO
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.

Dr. Bruno Tora
Cirurgião Geral
ACC III/11/17-1988

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 :

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	NÃO SE APLICA	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		[1]
Especificar	DORSAL	[1]

Dr. Bruno Mota
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 117207-01/15867

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 [1]

Nº: 43153944 22/08/2019 às 22:44

IDENTIFICAÇÃO

Nome GILSON NASCIMENTO DA SILVA [1]

Sexo Masculino [1]

Idade 31 A 1 M [1]

Data De Nascimento 16/07/1988 [1]

Nº Atendimento 61502878 [1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário S630 LUXACAO DO PUNHO [1]

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal redução incruenta do carpo [1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias 1 Dias [1]

Impressão e Assinatura
CENEC 11/25/19 17:15:56



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 22/08/19
Nº PRONTUÁRIO

NOME COMPLETO: Edson Nascimento da Silva

CIRURGIA REALIZADA: Redução de membro

DATA NASC: 16/07/88

IDADE: 31

PESO: 110

SEXO: M

HORA DA ENTRADA NA RPA: 22:30

HORA	PA (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (rpm)	TEMPERATURA (°C)	GLICEMIA (mg/dL)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
22:30	152x76	35 bpm	19 rpm	34,5°C	—	100%	0	Adm 1267812
22:45	153x74	36 bpm	19 rpm	34,6°C	—	100%	0	Adm 1267812
23:00	139x73	84 bpm	19 rpm	34,8°C	—	100%	0	Adm 1267812
23:15	155x74	93 bpm	18 rpm	35,2°C	—	99%	0	Adm 1267812
23:30	143x68	90 bpm	18 rpm	35,4°C	—	99%	0	Adm 1267812
00:00	140x69	80 bpm	15 rpm	35,8°C	—	99%	0	Adm 1267812
00:30	135x78	110 bpm	13 rpm	35,9°C	—	100%	0	Adm 1267812

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Atividade Muscular	Movimentar os quatro membros	2
	E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	1
Respiração	E capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	0
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	0
	Desperta se solicitado	1
Saturação de O ₂	E capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

HORA	23:50							
CONSCIÊNCIA	2							
ATIVIDADE	2							
RESPIRAÇÃO	2							
CIRCULAÇÃO	2							
SpO2	2							
TOTAL	10							

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Paciente liberado da RPA em 23:50, Eupneica, Consciente, Mucosa nasica-membr. Escalável.

HORARIO DA ALTA DA RPA: 01:00

MEDICO(A): Dr. Edson Nascimento da Silva

ENFERMEIRO(A): Adriana

Assinatura do Médico
Assinatura da Enfermeira
Assinatura do Anestesiologista



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver sigla)

Nome completo (paciente):

CPI:

Médico:

CRIA:

Data de Nascimento: / /

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Genal ou Genal a seguinte alternativa anestésica Genal

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

22 de 10 de 20 17

Horas: _____

Nome legível: _____

Assinatura: Ana Cristina

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Euziane Lopes Silva
CRM: 10290
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: GILSON MOURA NO 31

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
73kg	170cm					Sólidos _____ Líquidos _____	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA PRECEDENTE

DATA DO EXAME

Cardio-circulatório ☒ Negativo
Tolerância ao exercício
☐ Hipertensão ☐ Valvulopatia
☐ Angina ☐ Arritmia
☐ Coronariopatia ☐ Angioplastia
☐ Infarto do miocárdio ☐ DVP
☐ Insuf. Cardíaca ☐ AAA
☐ Outras _____

Respiratório ☒ Negativo
☐ Dependência O₂ ☐ Asma
☐ Apnéia do sono ☐ Tuberculose
☐ IVAS recente ☐ DPOC
☐ Expectoração
☐ Outras _____

Gastrointestinal/hepático ☒ Negativo
☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Gastrite
☐ Úlcera péptica ☐ Hepatite
☐ Vômito/ diarreia ☐ Ictericia
☐ Hérnia de hiato ☐ Cirrose
☐ Obst. Intestinal
☐ Outras _____

Neurológico ☒ Negativo
☐ Convulsões ☐ AVC
☐ Dormência/ fraqueza ☐ Cefaléia
☐ Lesão medular ☐ PIC
☐ Outras _____

Renal ☒ Negativo
☐ Doença renal crônica ☐ Diálise
☐ Insuficiência renal
☐ Outras _____

Hematológico ☒ Negativo
☐ Transfusão prévia ☐ Coagulopatia
☐ Plaquetopatia ☐ Anemia
☐ Outras _____

Músculo esquelético ☒ Negativo
☐ Dor lombar ☐ Arritmia
☐ Musculodistrofia
☐ Outras _____

Endócrino ☒ Negativo
☐ Diabetes tipo _____
☐ Patologia da tireóide
☐ Outras _____

Câncer ☒ Negativo
☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia
☐ Outras _____

Infeccioso ☒ Negativo
☐ HIV
☐ Outras _____

Gravidez ☒ Negativo
Idade gestacional _____ semanas

Crianças abaixo de 1 ano ☒ Negativo
Condições de Nascimento

☐ Internação ☐ Alta com a mãe
☐ Termo
☐ Pré-termo
Idade gestacional _____ semanas
Idade pós-conceitual _____ semanas
(idade gest. + idade atual)

Hábitos Sociais ☒ Negativo
☐ Tabaco ☐ Cigarros/dia
☐ Alcool ☐ Drogas
☐ Outras _____

Alergias ☒ Negativo

Tipo/Agente	Reação
NEGA	

Cirurgia/anestesia prévia ☒ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes
NEGA		

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório
☐ Sim ☒ Não

Histórico familiar - problemas com anestesia
☐ Sim ☒ Não

Exame Físico

Cardíaco NEGA
Resp. NEGA
Neuro NEGA
Regional NEGA
Outro _____

Laboratório

Hb	Ht	Na
16,0	45,7	NEGA
K	Plaquetas	Glicose
3,7	320	114

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

NEGA

Via aérea

História de via aérea difícil

☐ Sim ☒ Não

Mallampati

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno/mento

_____ cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias ☒ Negativo

Tipagem solicitada

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Emergência: ☐ Sim ☒ Não

Planejamento Anestésico

NEGA

Comentários sobre os achados

26 Negativo

02/03/13

0520723-1
19
CRM-CE 20250

Euziane Lopes Silva

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gilson Nascimento da Silva
Data de nascimento	16-07-1983
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Mãe Cristina (viúva)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Punho

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Ingerir em 07:00hs
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		MSG

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré operatório		X		
Tricotomia cirúrgica		X		

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade			
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgia realizou :

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:			
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica			

Local e data FORTALEZA 22 03, 19 Horário 21:35

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Mãe Cristina Pereira de Jesus

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Adriana Eufrásio das Chagas
COREN-CE 1267812-TE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 20:04

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404505	22/08/2019 às 20:01	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	Enfermeiro(a):	VIVIANE MARA COSTA VIANA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1]			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CHARACTERÍSTICA DA DOR	Relatado: [1] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Relatado: [1] OK
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Relatado: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Relatado:
-----------------------------	-----------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Relatado:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Relatado:

CORREÇÃO


Assinado: C. Viana Teixeira
CORREÇÃO 308612 ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 08:05 PM
v1021_02

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404543	22/08/2019 às 20:04	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	BOM		
Nível de Consciência	BOM		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	BOM		
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	BOM		
INTEGRIDADE FÍSICA E MENTAL	BOM		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Viviane M. C. Viana Viana
COREN 308612 EN

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10/09/2018 - V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Gilboa nascimento da S. DATA DO NASCIMENTO 1/1/
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Enaf. DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO 22/08/18

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”

<input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem?	1 +
<input type="checkbox"/> História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
<input type="checkbox"/> Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
<input type="checkbox"/> Escorre alimento pela boca?	4 +
<input type="checkbox"/> Demora muito para engolir?	5 +
<input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
<input type="checkbox"/> Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
<input type="checkbox"/> Há tosse com líquido?	8 +
<input type="checkbox"/> Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
<input type="checkbox"/> Não consegue engolir?	10 +
<input type="checkbox"/> Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +
SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:	
	<u>0</u>

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15


Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

RESULTADO:	RISCO ALTO()	RISCO MODERADO()	RISCO BAIXO(X)
-------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de deficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decubito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia


 Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1
			Data da Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: <u>Wilson Nascimento da Silva</u>	Data de Nascimento:
Nº do prontuário:	Data de admissão: <u>22/05/18</u>
Leito:	Data da realização da escala: <u>22/08/18</u>

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	1
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	1
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	1
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alerta e calma	1
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	1
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	1
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeira de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
G	Alterações nas eliminações	1	Não	1
		4	Sim	
		SOMA DOS PONTOS:		7

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral previo	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmosse
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corporea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX. hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

Fonte: Ministério da saúde/ANVISA/Fiocruz(Protocolo de Prevenção de Quedas,2013/Anexo-01)

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO


Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 18:37

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 10/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 309733 [1]	Nº: 43145615	22/08/2019	às 18:35

PACIENTE			
Data De Admissão	22/08/2019		[1]
PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo De Cirurgia	Emergência		[1]
Data Da Cirurgia	22/08/2019		[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	PRÉ-OP DE PUNHO		[1]
Pulseira De Identificação	MSD		[1]
Comorbidades	NEGA		[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA		[1]
Alergia- Descrição	NEGA		[1]
Tabagista	NÃO		[1]
Etilista	NÃO		[1]
Cirurgias Anteriores	Não		[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa		[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia		[1]
Reserva de Hemoderivados	Não		[1]
Reserva de Hemoderivados			
Higienização	Sim		[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim		[1]
Exames E Procedimentos	Sangue		[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO			
Jejum	Sim		[1]
ELIMINAÇÕES			
Urinárias	Presente		[1]
COGNITIVO / PERCEPTIVO			
Em Ouvir	NÃO		[1]
Compreender	NÃO		[1]
Memorizar	NÃO		[1]
Falar	NÃO		[1]



Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
 Convênio: HAPVIDA_MAIRIZ
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
 Dt. Nasc. 16/07/1988
 Nº Prescrição: 23817257
 Icto: 13341015
 Atendimento: 62143852
 Prontuário: 11762736
 Peso: 80,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE		3lit	ORAL			CRM-13903
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol Totat	500 ml		7,00 g/min	
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83	mKcal/dia	500 ml			CRM-13903
3. CEFATOZOLINA SODICA (1,00g) (ID11)	Água Destilada	1g	1FRAP (FRAP C/1GR)	8B/h	EV	CRM-13903
4. CEIOPROFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1FRAP (FRAP C/100MG)	8B/h	EV	CRM-13903
5. TRAMADOL (50,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MG)	8B/h	EV	CRM-13903
Alta vigilância			100 ml			
6. DIFENONA AMP (500,00mg)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	8B/h	EV	CRM-13903
			18 ml			
7. PLAVET (5,00mg)	Água Destilada	10mg	2ML (AMPL C/10MG)	8B/h	EV	CRM-13903
			18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						
						CRM-13903
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA						CRM-13903
10. PUNCAO C/ JELCO						CRM-13903
11. SINAIS VITAIS						CRM-13903
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						CRM-13903
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						CRM-13903
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						CRM-13903
15. COMPRESSÃO COM ETER						CRM-13903
16. Alta em: 19/09/2019	ALTA MELHORADO					CRM-13903
Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE						
Profissional: CRM-13903						

Dr. Igor Rabelo de Sales Andrade

CRM-13903

D. Igor Rabelo
 Cirurgião de Mão/Membro Superior
 CRM-13903
 (RUBRICADO EM 19/09/2019 06:08)

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 18:35

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

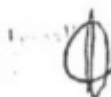
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145541 22/08/2019 às 18.34

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/08/2019	
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRÉ-OP DE PUNHO	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Sector De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	
Identidade Do Paciente	SIM	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	NÃO	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	SIM	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO	[1]
Exames Complementares	SIM	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO	[1]
Tricotomia	Não se aplica	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM	[1]



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

22/08/2019 18:33

Prontuário: 11762736

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evolui estável

HD PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais e pendente resultado
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV

PA 110X60

DX 88

FC 92

FR 18

T 37,5°C

AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

AOS CUIDADOS DA EQUIPE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 18:39

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 18/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23403482	22/08/2019 às 18:28	
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E	Leito: 133227/1	Enfermeiro(a):	LUANA VIEIRA CAMPOS
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	00 00	06 00	12 00	18 00
---------------------------------	-------	-------	-------	-------



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

22/08/2019 18:20

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CLAUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251 Nº: 43144821 22/08/2019 às 18 19
[1]

CONTROLE VITAIS		
SINAIS VITAIS		
T	37.5 °C	[1]
PA	110/60	[1]
FC	92 bpm	[1]
FR	18 mrpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
GLICEMIA PELA FITA (DX)	88 mg/dL	[1]
Sat O2	99 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	22/08/2019	[1]
Hora	18:20	[1]

PRESCRIÇÃO MEDICA

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc. 16/07/1988
Nº Prescrição: 23406034

Leito: 1334103

1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE

3x3h ORAL

Atendimento: 61502878
Prontuário: 11762736
Peso: 85,00 kg

Emissão: 22/08/2019

2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol Total	500 ml	7,00 gts/min	Acesso Periférico	CRM-11
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 mL	500 ml			
3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (ID/11)	1g	1 FRAP (FRAP CI 1GR)	8/8h	EV	CRM-11
Água Destilada	10 ml				
4. PROFENID IV (100,00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP CI 100MG)	8/8h	EV	CRM-11
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml				
5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL CI 500MG)	6/6h	EV	CRM-11
Água Destilada	18 ml				
6. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL CI 100MG)	8/8h	EV	CRM-11
Água Destilada	100 ml				
7. PLAMET (5,00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL CI 10MG)	8/8h	EV	CRM-11
Água Destilada	18 ml				
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					CRM-11
9. CURATIVO MEDIO + SF + GAZE ACOLCHOADA					CRM-11
10. PUNÇÃO CI JELCO					CRM-11
11. SINAIS VITAIS					CRM-11
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					CRM-11
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					CRM-11
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					CRM-11
15. COMPRESSÃO COM ETÉR					CRM-11
17. Alta em: 22/08/2019					CRM-11
Alta dada por: BRUNO MOTA ALBUQUERQUE					CRM-11
Profissional: CRM-11736					CRM-11

Dr. Bruno Mota
CRM-11736

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 43154135 22/08/2019 às 22:52

DIAGNÓSTICOS

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

redução incruenta do carpo

[1]

Cirurgião

bruno mota

[1]

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado

Sim

[1]

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

enc ao especialista em mao para cirurgia definitiva

[1]

Dr. Bruno Mota
Orculista e Tr-
CRM 11736/1365

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 (1)

Nº: 43154044 22/08/2019 às 22:48

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

realizado redução Incruenta do punho sem intercorrências

[1]

cd. orientações

Imobilização

enc ao especialista em mao para programação cirurgica

alta hospitalar as 23:30h

CID 10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

Dr. Bruno Mota
CRM 11738/1986
22/08/2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA

22/08/2019 23:53

Convênio HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc: 16/07/1980

Atendimento 61502878

Prontuário 11762736

Posto RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito 222/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1] Nº: 43155220 22/08/2019 às 23:37

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

23:49 G N S 31 ANOS SEXO MASCULINO ADMITIDO NA RPA NO
 POI DE REDUÇÃO INCRUENTA DO PUNHO COM DR BRUNO MOTA E
 SOB ANESTÉSIA SEDAÇÃO COM DRA EUZIANE ENCONTRA SE
 ACORDADO CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO E EM AR
 AMBIENTE COM AVP EM MSE E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM
 MSE ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS AUSENTES NO PERÍODO SSVV
 PA 148 X 68 MMHG FC 90 BPM FR 17 MRPM SATO2 99%
 MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
 ATÉ A ALTA HOSPITALAR PREVISTA PARA APÓS A RECUPERAÇÃO
 ANESTÉSICA ENF JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
 Sarah Joliana Saunders Guedes
 COREN - CE 521.482 ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
22/08/2019 23:54

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuario: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 23406395

22/08/2019 às 23:54

Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES

Leito: 222/1

Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CIRURGICO

Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1]

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRURGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Relatório

[1] OK

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Relatório

[1] OK

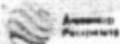
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS

Relatório


Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 ENF



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 11:55 PM

Paciente	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc	16/07/1988	Atendimento	515.02878	Prontuário	11762736
Convênio	HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição	23406405	22/08/2019 às 23:55			
Posto	RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito	222/1				
Avaliação	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)						
Profissionais	SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)						
1 - ADMITIR/INSTALANDO							
OXÍMETRO DE PULSO		S/Não					
MONITOR CARDÍACO		S/Não					
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO							
PADRÃO RESPIRATÓRIO		S/Não					

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - R/R



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61500552

!U(W"

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/09/2019 17:50:50

Prontuário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 2004009066881 SSP CE	CPF 1969264322	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA, 1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150				
Telefone Residencial 987534117	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA_MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira 50339000095000014	Validade	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 22/08/2019	Hora 17:12	Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente 2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA			Clinica 6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - (1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 21082
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 17:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Di. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]	Nº: 43142294	22/08/2019	às 17:21

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA LUXACAO DOS OSSO DO CARPO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]			
Nº: 43142336 22/08/2019 às 17:22			

IDENTIFICAÇÃO		
Nº Atendimento	61500552	[1]
Nome Completo	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nome Da Mãe	MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data Da Internação	22/08/2019	[1]
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA		
SINAIS VITAIS		
FC	80 bpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
COMORBIDADES		
DIAGNÓSTICO		
CID Principal	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
PARECER DO ESPECIALISTA		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
Plano Terapêutico	REDUCAO + FIXACAO DE LUXACAO PUNHO	[1]
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM	[1]

CONFERE COM PRONTUÁRIO
LEANDRO 21082
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61500552 Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CLAUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251 Nº: 43144821 22/08/2019 às 18:19
[1]

CONTROLE VITAIS**SINAIS VITAIS**

T	37,5 °C	[1]
PA	110/60	[1]
FC	92 bpm	[1]
FR	18 mrpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	88 mg/dL	[1]
Sat O2	99 %	[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	22/08/2019	[1]
Hora	18:20	[1]

CONFERE O PACIENTE
LEANDRO 21082
Ass: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762738
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE COREN 788044 [1]	Nº: 43145261	22/08/2019	às 18:28
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		PUNÇÃO C/ JELCO REALIZADO AS 18:28, EM 22/08/2019 POR MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 788044 [1]	
AVALIAÇÃO DE RISCO			
Hemorragia Puerperal		[1]	
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)		[1]	
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)		[1]	
Queda Adulto (Morse)		[1]	
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)		[1]	
Flebite		[1]	
Tromboembolismo Venoso Clínico		[1]	

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
LEANDRO Z1082
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evolui estável

[1]

HD: PRÉ-OP DE PUNHO

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais e pendente resultado.
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV:

PA: 110X60

DX: 88

FC: 92

FR: 18

T: 37,5°C

AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

AOS CUIDADOS DA EQUIPE

CONFERE C/PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082
16/08/2019

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 17:00

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A) COREN 399733 [1]

Nº: 43145541 22/08/2019 às 18:34

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/08/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRE-OP DE PUNHO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	[1]
Identidade Do Paciente	SIM	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	NÃO	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	SIM	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO	[1]
Exames Complementares	SIM	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO	[1]
Tricotomia	Não se aplica	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM	[1]

COREN 399733
LEANDRO 22082

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 17:00

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]		Nº: 43145615	22/08/2019 às 18:35

PACIENTE		
Data De Admissão	22/08/2019	[1]
PRÉ-OPERATÓRIO		
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	22/08/2019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	PRÉ-OP DE PUNHO	[1]
Pulseira De Identificação	MSD	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	NÃO	[1]
Etilista	NÃO	[1]
Cirurgias Anteriores	Não	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
Reserva de Hemoderivados		
Higienização	Sim	[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
Exames E Procedimentos	Sangue	[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO		
Jejum	Sim	[1]
ELIMINAÇÕES		
Urínarias	Presente	[1]
COGNITIVO / PERCEPTIVO		
Em Ouvir	NÃO	[1]
Compreender	NÃO.	[1]
Memorizar	NÃO.	[1]
Falar	NÃO	[1]

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082
 Assinatura



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61612065

!`7d"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/09/2019 17:50:30

Prontuário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 200400906688 SSP CE	CPF 1969264322	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA,1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150				
Telefone Residencial 987534117	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA_MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira 50339000095000014	Validade		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 27/08/2019	Hora 15:18	Matricula	Tipo Atendimento 4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente 2585251 FILIPE SANCHO DE MÂCEDO			Clinica 6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 17:01

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61612065

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MACEDO CRM 15158 [1]

Nº: 43361013 27/08/2019 às 15:22

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DE PUHO DIR

[1]

EM CAOMPANHAMENTO COM IGOR RABELO

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

 99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

[1]

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

SIE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

18/09/2019 03:28:10

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	M	16/07/1988	31
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2004009066881 SSP CE	1969264322		2-SOLTEIRO	

Endereço

R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732150

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
97534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector	16300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
9/09/2019	03:18		Day Clinic
Médico Atendente	Cln/ba		
004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA
22-HAPVIDA_MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
50339000095000014		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA OC 01	05

V. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1362514	99996666	D28045871	INTERNACAO
1362514	30731097	D28045871	TENOLISE NO TUNEL ORTEO FIBROSO
1362514	30732026	D28045863	ENXERTO OSSEO
1362514	30722888	D28045864	TRATAMENTO DA PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 20
			Material - 99835336 - PARAFUSO DE HERBERT - QTDE: 1
			Material - 99902506 - MINI ANCORA - QTDE: 1
1362514	30737052	D28045865	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #

NOTA DE SALA

19/09

451098

Atendimento:	62143852	Prontuário:	11762738	GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Cirurgia(s):	30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEIO FIBROSO	HAPVIDA_MATRI	
	30732026	ENXERTO OSSEO	30722888	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
	30737052	RECONSTRUCAO, RETENCONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #		
Sala Cirúrgica:	SALA CC 04	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.: 219
Equipe Médica:	CIRURGIAO	2004330	IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	CRM 13903
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	48849251	EDUARDO GUÉDES VIDAL SANTOS	CRM 11104

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	34290	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	2
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	39144	ANTAK 2ML AMPL 2 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	39008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
134865	AGULHA STIMUPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	48593	GLUCOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML	1
134866	AGULHA STIMUPLEX 100 G-21X4 - 1 UD	1	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
51063	ALGODAO HIDROFLO - 500 GR	60	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	91537	NAROPIN SP 10MG 20 ML FRAP 20 ML	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	3	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	3
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	45233	XYLOCAINA CIAD 2% 20 ML FRAP 20 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1			
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	2			
134084	EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1			
119495	FIO MONONYLON (1168T) - ETHILON* BLK 5-0 ENV 1 UD	2			
118818	FIO J&J POLYCOT (SPA43T) - POLYCOT* BLUE 3-0 ENV 1 UD	1			
32247	FIO J&J VICRYL (J406H) - VICRYL* VLT 3-0 70CM - 1 UD	1			
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	1			
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MI	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
30650	LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	4			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	30			
127683	PARAFUSO DE HERBERT - 1 UD	1			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	3			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Data: 19/09/2019

Cirurgião: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE Anestesiista: LUIZ FLÁVIO BRANDÃO RIBEIRO Pág. 1 de 1

Nome: GILSON VASCONCELOS DE ALBUQUERQUE
Idade: 34
Peso: 112,62 kg
Prontuário: 11262236
Diagnóstico: Paciente com dor abdominal
Cirurgia: 17/06/2016
Anestesia: Geral com sedação
ASA: I

Ass. Anestesia - CRM Dr. Luiz Flavio B. Ribeiro
Médico
CRM-CE 19706

Local da Punção: Abdominal
Agulha: 25G
Início: 05h30
Duração: 05h30

Intercorrências per op:

Condicion final op: Paciente em recuperação

Ass. Anestesia - CRM Dr. Luiz Flavio B. Ribeiro

Local da Punção: Abdominal
Agulha: 25G
Início: 05h30
Duração: 05h30

Intercorrências per op:

Condicion final op: Paciente em recuperação

Ass. Anestesia - CRM Dr. Luiz Flavio B. Ribeiro

Local da Punção: Abdominal
Agulha: 25G
Início: 05h30
Duração: 05h30

Intercorrências per op:

Condicion final op: Paciente em recuperação

Ass. Anestesia - CRM Dr. Luiz Flavio B. Ribeiro

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 d

ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Envio: HAPVIDA_MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

19/09/2019 08

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11762738

Profissional(is): [REDACTED] N°: 44380520 19/09/2019 às 07:54

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S620

Diagnóstico Cirúrgico

S620

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

19/09/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

07:54

[1]

Cirurgia

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE ESCAFOIDE

[1]

Cirurgião

DR. IGOR RABELO

[1]

1º Auxiliar

DR. EDUARDO GUEDES

[1]

Descrição Cirúrgica

- 1) PACIENTE EM DDH + ANESTESIA REGIONAL
- 2) ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + CCE
- 3) REALIZADO INVENTÁRIO DA LESÃO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO SOB ESCOPIA
- 4) REALIZADO ACESSO VOLAR EM PUNHO DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS, TENOLISE DO FLEXOR RADIAL DO CARPO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO.
- 5) REALIZADO RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE REGIÃO METAFISARIA DE RADIO DISTAL DIREITO PARA PREENCHIMENTO DE FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO
- 6) IDENTIFICADO LESÃO DO LIGAMENTO RADIOESCAFOCAPITATO E FIBROCARILAGEM REALIZANDO-SE RECONSTRUÇÃO DESTES COM NYLON
- 7) PASSAGEM DE 01 PARAFUSO DE HEBERT EM ESCAFOIDE NUMERO 22MM
- 8) VISUALIZADO SÍNTESE SATISFATÓRIA SOB ESCOPIA
- 9) LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA + HEMOSTASIA LOCAL
- 10) SUTURA POR PLANOS
- 11) CURATIVO LOCAL + TALA GESSADA
- 12) ENCAMINHO PACIENTE À CRPA

[1]

Códigos Dos Procedimentos

- 30722888: TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE
 30732026: ENXERTO OSSEO
 30737052: RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO
 30731097: TENOLISE DE TUNEL OSTEOFIBROSO

[1]

Dr. Eduardo Guedes V. Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 11.104 RQE 8833

Dr. Igor Rabelo
 Ortopedia/Traumatologia
 Cirurgia da Mão/Microcirurgia
 CRM-PE 13903/TEOT 15474/RQE 9427

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 07:32

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): GEREANDIA DA COSTA MAIOR (TÉCNICO DE ENFERMAGEM/COREN) Nº: 44379515 19/09/2019 às 07:24

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	19/09/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	07:24	[1]
Cirurgia	PSEUDOARTROSE	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em UI	Não.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checgem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checgem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

19/09/2019 07:32

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11762738

Leito: 133410/5

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc. 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Convênio: HAPVDA_MATRIZ

Nº Prescrição: 23817257

19/09/2019 às 06:04

Prontuário: 1762736

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Telex: 1334105

Peso: 80,00 kg

1. DATA: GERAL - ADULTO / PARA A IDADE

3xh ORAL

CRM-13903

2. Hidratação Venosa Fase Única 20,83 Vol Total 500 ml 500 ml 7,00 g/100ml Acesso Periférico

CRM-13903

3. CEFALOXINA SODICA (1.00g) 1g 1FRAP (FRAP CI 1GR) 8/8h EV 10 ml CRM-13903

4. CETOPROFENO IV (100,00mg) 100mg 1FRAP (FRAP CI 100MG) 8/8h EV 100 ml CRM-13903

5. TRAMADOL (50,00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL CI 100MG) 8/8h EV 100 ml CRM-13903

6. DIFENHIDRAMINA AMP (500,00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL CI 500MG) 6/6h EV 18 ml CRM-13903

7. PLAVIET (5,00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL CI 10MG) 8/8h EV 18 ml CRM-13903

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO SN CRM-13903

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA SN CRM-13903

10. PUNCAO CI JEICO SN CRM-13903

11. SINAIS VITAIS SN CRM-13903

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS SN CRM-13903

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC SN CRM-13903

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO SN CRM-13903

15. COMPRESSÃO COM ETER SN CRM-13903

16. Alta em: 19/09/2019 ALTA MELHORADO CRM-13903

Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

Profissional: CRM-13903 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
FMM-13903/TEOT 15474/RDE 9427

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/09/2019 09:34

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820268	19/09/2019 às 09:33	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]			
2 - CONFORTO PREJUDICADO			
Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO			
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mantido: [1] OK		
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: [1] OK		
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA			
Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO			
SINAIS VITAIS	Mantido:		

Sarah Joliana Saunders
Sarah Joliana Saunders - ENF
COREN - CE 521.482 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEMPágina 1 de 1
19/09/2019 09:38 AM
19/09/2019

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820318	19/09/2019 às 09:35	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXÍMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Nasco.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Letto: 219/1

19/09/2019 09:33

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] N° 44385017 19/09/2019 às 09:28

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

09:28 - G.N.S., 31 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE FRATURA DO PUNHO DIREITO COM DR IGOR RABELO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO COM DR LUIZ FLÁVIO ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSICENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS NO PERÍODO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE E CVP EM MSE. CURATIVO ÍNTEGRO. LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA 55VV PA. 135 X 76 MMHG. FC 82 BPM, FR 17 MRPM, SATO2 100% MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENF JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah J. Saunders
Enfermeiro(a) - ENF
COREN - CE-521482 - ENF

PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gulson Damiamento da Silva
Data de nascimento	10/04/1988
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Ara (noiva)
Procedimento a ser realizado	Tanduse

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		20:30
Possui alergia a medicação?		X	
Em uso de alguma medicação?		X	
Problemas cardíacos?		V	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		redução ungueal
Identificação com pulseira	X		use

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré-operatório	X			
Tricotomia cirúrgica		X		

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade	X		Branco
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgia realizou:

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião	X		
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica	X		

Local e data: FORTALEZA 10/10/19

Assinatura do paciente ou responsável

Xistha Cristina Pereira

Assinatura do responsável pela realização deste questionário

Aune



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 19/09/19

10:00h

Nº PRONTUÁRIO: 1176236

NOME COMPLETO:

GILBERTO NASCIMENTO DA SILVA

CIRURGIA REALIZADA:

EX PLUMBHO M5B

DATA NASC: 16/01/88

IDADE: 31A

CIRURGIÃO:

Dr. Igor

PESO: 31A

SEXO: KM 19F

HORA DA ENTRADA NA RPA: 08:15hrs

HORA	PA (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (lpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
08:15	147x80	79	16	34.7	—	100%	0	—
08:30	151x83	78	18	35.0	—	100%	0	—
08:45	129x75	75	19	35.7	—	100%	0	—
09:00	125x75	76	19	35.5	—	100%	0	—
09:25	135x79	93	19	35.9	—	100%	0	—
09:45	134x82	91	19	36.0	—	99%	0	—

ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK

Atividade Muscular	Movimentação dos membros	2
	Incápac de mover os membros voluntariamente ou sob comando	1
Respiração	Capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	Capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

Sem intercorrências

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO2	TOTAL
08:31	2	2	2	2	2	10

HORÁRIO DA ALTA DA RPA: 10:05

MÉDICO(A):

[Assinatura]

ENFERMEIRO(A):

[Assinatura]

SUBD. JOHANNES SANTIAGO GARCIA
COORDEN. CEF/CLIN. 1º



Faz bem pre você

(Preencher quando não houver a(liquela)

Nome completo (paciente): GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF:

Data de Nascimento: 16/07/1988

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Proprio de Puro ou a seguinte alternativa anestésica Anestesia Geral

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes. li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

19 de 09 de 20 2019

Hora: _____

Nome legível: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Assinatura: Gilson

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expus detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu.

Dr. Luiz Fernando B. Ribeiro

Médico

CRM-CE: 19706

Dr. Luiz Fernando B. Ribeiro

Nome legível: _____ CRM e visto ou carimbo com CRM e visto



Prontuários:

DÍAGNÓSTICO

Planejamento Anestésico

Comentários sobre os achados

DAJA 1111 HORA

ASSINATURA _____

Dr. Luiz Flávio Ribeiro
Médico
CRM-CE: 15206

Medico
C.M.-CE: 19706



PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 05:59

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES ANDRADE, MÉDICO, CRM 13903 RJ

Nº: 44377356 19/09/2019 05:56

IDENTIFICAÇÃO

Nome	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Sexo	Masculino	[1]
Idade	31 A 2 M	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nº Atendimento	62143852	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO	[1]
----------------	--	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	tratamento cirurgico de fratura de pseudoartrose do escafóide.	[1]
-----------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	1 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Saída Certa

Motivo	vide orientações em anexo	[1]
--------	---------------------------	-----

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-CF 13903 / RQE 15474 / RQE 9427

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

19/09/2019 08:14

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE, FENICIDE ENFERMAGEM GOREN

Nº: 44379788 19/09/2019 às 07:33

CANCELADO DIA 19/09/2019 08:14:33 POR GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE.

PACIENTE

Data De Admissão

19/09/2019

PRÉ-OPERATÓRIO

[1]

Tipo De Cirurgia

Eletiva.

Data Da Cirurgia

19/09/2019

Pulseira De Identificação

MSE

Comorbidades

NEGA

Nome, dosagem, frequência

NEGA

Alergia- Descrição

NEGA

Tabagista

Não.

Etilista

Não.

Cirurgias Anteriores

SIM.

Avaliação Das Condições Emocionais

Cooperativa.

Orientações Ao Paciente

CIRURGIA.

Reserva de Hemoderivados

NUTRICIONAL/METABÓLICO

Jejum

SIM.

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

ENF. BENEDITO

Hora

06:20

Sala

04

Condições Da Pele ao Início da cirurgia

INTEGRA

Início Da Anestesia

06:30

Término Da Anestesia

07:55

Início Da Cirurgia

07:10

Término Da Cirurgia

07:50

Instrumentador

MARCIA

Circulante

GERLANDIA

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL

Membro Ou Lado A Ser Operado

MSD

Numero Inicial De Compressas

10 UD

Numero Total De Compressas Inseridas

10 UD

Contagem Final De Compressas

10 UD

KEFAZOL 2 G AS 06:30

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 08:14

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

DT. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Medicações/hora

Exames De Imagem

Sim

Clorexedine Alcoólico

Sim

[1]

Clorexedine Degermante

Sim

[1]

Material

PEQUENOS FRAGMENTOS

[1]

Fornecedor

ORTOGESSES

[1]

Grau De Contaminação

LIMPA

[1]

Encaminhamento Do Paciente

SRPA

[1]

Encaminhamento Do Paciente

[1]

Horário De Saída Da S.O

08:10

[1]

SINAIS VITAIS

T

35 °C

[1]

Pulso

80 bpm

[1]

PA

143,73

[1]

FC

80 bpm

[1]

FR

19 mrpm

[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2

100 %

[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

19/09/19

[1]

Hora

07:50

[1]

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Observação

PACTE ADM NO CC PARA TRATAMENTO CIRURGICO COM DR:EDUARDO SOB ANESTESIA DE SEDACAO ,BLOQUEIO COM DRA:BARBARA,O MESMO DEU ENTRADA NO CC ORIENTADADO,VERBALIZANDO,NA CADEIRA DE RODAS,APÓS O PROCEDIMENTO SEGUE PARA SRPA SEM INTERCORRÊNCIAS SOB OS CUIDADO DA ENFERMAGEM CURATIVO COM GESSO,PULSEIRA NO MSE.

[1]

Intercorrências

SEM

Eletrodos

TORAX

[1]

Incisão Cirúrgica

MSD

[1]

Punções Venosas

MSE

[1]

PÓS-OPERATÓRIO

[1]



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 06:04, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 19/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM 13903

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 13903/ROF 15474/PQE 9477

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BQEGT99Q2U0K0

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 08:22, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1 (UM) dia(s), a partir de 18/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

CRM 16610

Dr. César Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC-15510 / RQE-15554 / RQE-10142

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHTIS99Q2I6I2
Solicitacao da Senha : 18/09/2019 08:09:22



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA
61939-915 MARACANAU - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 10:57, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 7 (SETE) dia(s), a partir de 10/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14.370/RQE: 0560/TEOT: 16.316

Local e Data

Assinatura do Médico

RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

CRM 14370

Aceito a Colocação do CID Assinado us _____

Código de Autenticação : BXFKK99Q2Q6I2

Solicitacao da Senha : 10/09/2019 10:43:07

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA
às 14:47 hs , sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho
por 15 (QUINZE) dias, a partir de 27/08/2019 , tendo como causa do
atendimento

S630

Código da Doença

Local e Data

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-CE 13903 / RQE 9427

Assinatura do Médico

ICORRS

Autenticação: BEWOB89Q2U0E0

27/08/2019

14:48

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **GILSON NASCIMENTO DA SILVA** às 10:05, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1 (UM) dia(s), a partir de 26/08/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S630

.....
Código da Doença

Maracanau, 26/08/19
Local e Data

Assinatura do Médico

ANA LARISSA FLORENCIO DE GOIS PEREIRA

CRM 19510


Dr. Ana Larissa Florencio
CRM 19510

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BCFKA89Q2R112
Solicitacao da Senha : 26/08/2019 09:25:36

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA
às 22:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 3
(TRES) dia(s), a partir de 21/08/2019, tendo como causa do atendimento o código
abaixo:

S59

.....
Codigo da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

Glauber Correia Melo
Médico
CREMEC 18.996

GLAUBER CORREIA MELO

CRM 18996

Aceito a Colocação do CID Assinado US _____

Código de Autenticação : BS7WV89Q2T712
Solicitação da Senha 21/08/2019 21:17:44

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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1084491110

NOME
GILSON NASCIMENTO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
2004009066881 SSP CR

CPF 019.692.643-22 DATA NASCIMENTO 16/07/1988

FILIAÇÃO
GERALDO PAULA DA SILVA
MARIA DE FATIMA
NASCIMENTO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATAS
AB

Nº REGISTRO
04694646420

VALIDADE
06/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
10/07/2009

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Gilson Nascimento da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
09/03/2015

Idon Vasconcelos Ponte
ASSINATURA DO EMISOR

62809603184
CE146518934

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1084491110

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

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
048.217.413-77 18/06/1990

FILIAÇÃO
FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
05034566735 06/10/2022 17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 16/10/2017

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR
1545039440

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014419529420
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA - COD RENAVAM - R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 305799509 0000000000 2019

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 01969264322 PLACA NURB400/CE

PLACA ANT / UF 9C2KC1670BR510056 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAD APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARKA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP. POT. CL. CATEGORIA 2P/OCV/149CC PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1º 2º 3º

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 1º 2º 3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419529420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01969264322 NURB400/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014419529420 32595356184

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2019 01/02/2019

VA 01 01969264322 PLACA NURB400

RENAVAM 305799509 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2011 COT. VIE. PART Nº CHASSI 9C2KC1670BR510056

PREMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IDV (R\$) 0.32 TOTAL SEM IOF EDUJIND. R\$ 84.58

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 02/01/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.543.603/0001-04

MOTQR: KC16E7B510056

03061

03061

03061

03061

03061

03061

03061

03061

Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667163 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/08/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE PUNHO (ESCAFOIDE) DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P12 P55 P63)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PAGINA 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667163 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/08/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE PUNHO (ESCAFOIDE) DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P12 P55 P63)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PAGINA 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.692.64322 4 - Nome completo da vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

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

5 - Nome completo: GILSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.64322
7 - Profissão: SP. DE CURADOR 8 - Endereço: RUA: ITAPOA, 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: ARINDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310 @ gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 77648

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - CE 26/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *X Gilson Nascimento da Silva*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61475940

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]

Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS. DE CAPACETE. ATINDENDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME [1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO. COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
ANALGESIA
RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR
MUSCULOESQUELÉTICA [1]

CID10

M259 TRASTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRASTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CID10

M259 TRASTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

A70

CONFERE CI PRONTUÁRIO

[Assinatura]
Assinatura

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000077648-0

Nr. da Autenticação 8B2673C2B321E30A

IMPORTANTE

Este fatura é emitida de acordo com o sistema de cobrança de energia elétrica. O cliente pode optar por pagar a fatura em dinheiro ou por meio de depósito em nome do cliente. O cliente deve apresentar a fatura no momento de pagar a conta. O cliente deve apresentar a fatura no momento de pagar a conta. O cliente deve apresentar a fatura no momento de pagar a conta.

DEVOLUÇÃO DA CONTA

Senhor Entregador: assine com "X" o motivo da devolução desta conta.

☐ Casa fechada ☐ Recusou-se a receber
☐ Endereço insuficiente ☐ Não existe o nº e o endereço
☐ Outros - especifique: _____

Data: _____ Matricula: _____
 Hora: _____ Rubrica: _____

enel

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FURNACIMENTO
 DQ: Número da rede que o cliente possui. O cliente deve apresentar a fatura no momento de pagar a conta.
 FQ: Número da rede que o cliente possui. O cliente deve apresentar a fatura no momento de pagar a conta.
 DQ: Número da rede que o cliente possui. O cliente deve apresentar a fatura no momento de pagar a conta.
 FQ: Número da rede que o cliente possui. O cliente deve apresentar a fatura no momento de pagar a conta.

ENEL & VOCE
 0800 285 0196
 www.enel.com.br

DADOS PARA ENTREGA
 FOLIA 30
 7694250
 5760599-ELE-626
 20/09/2019
 20/09/2019
 60762-770
 FORTALEZA PARQUE SANTA ROSA
 RUA PRO CABRAL 00676
 ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

DÉBITO AUTOMÁTICO.
 Para sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.
 Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, e o envio de informações de segurança para a sua conta.

enel

FATURA PACA. NÃO RECEBER

COMPANHIA ENERGIAS DO CEARÁ
 Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CDP 06.105.844-4
 Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Unica 1 | Nº 017775945

Esta é a sua conta de
 08/2019
 Nº do cliente: 7694250
 Vencimento: 27/09/2019
 Total a pagar (R\$): 58,02
 Data emissão: 20/09/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 Medidor: 5760599-ELE-626 - FOLIA 30
 CPF / CNPJ: 048.217.413-77
 DATA DE EMISSÃO: 20/09/2019
 Paga Prox. Leitura: 22/10/2019

DADOS DA MEDIÇÃO
 Consumo: 108,00 kWh
 Tarifa: 0,50 R\$/kWh
 Valor: 54,00 R\$

DESCRIÇÃO DA CONTA
 Descrição: Consumo em 020 kWh 000 kWh
 Quantidade: 30
 Tarifa: 0,50 R\$/kWh
 Valor (R\$): 15,00

DEBITO EM ENERGIA (kWh)
 Consumo: 108,00 kWh
 Tarifa: 0,50 R\$/kWh
 Valor: 54,00 R\$

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
 Consumo (kWh): 108,00
 Valor (R\$): 54,00

CONSUMO CONSCIENTE
 Consumo (kWh): 108,00
 Valor (R\$): 54,00

ATENÇÃO
 Debitos anteriores: 0,00 R\$
 Valor (R\$): 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Período: 20/09 - 20/09
 Valor (R\$): 0,00

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

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

GILSON NASCIMENTO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.692.643 / 22,

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima GILSON NASCIMENTO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.692.643 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

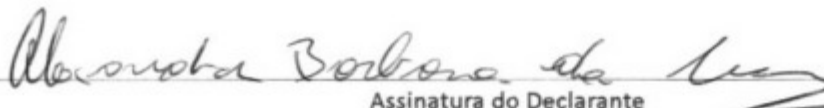
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: RUA PROFESSOR CABRAL	Número: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA
E-mail: RC527310@GMAIL.COM	CEP: 60.762-775	
		Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 25 DE NOVEMBRO DE 2019

x 
Assinatura do Declarante

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL Nasc: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº: 43101937	21/08/2019	às 21:21

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS, DE CAPACETE. ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME

[1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
ANALGESIA
RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR
MÚSCULOESQUELÉTIC
A

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

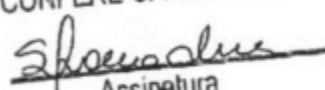
[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Assinatura

Orientação para movimentação do processo de sinistro

REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA


Ana Pina
Coordenadora de Relacionamento
com Canais de Atendimento

Orientação para movimentação do processo de sinistro

REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA


Ana Pina
Coordenadora de Relacionamento
com Canais de Atendimento



Av. Humberto Monte, 1440 - Parqueiândia - CEP: 60450-000
 Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

[illegible]

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 20/11/19

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DL. Naso: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(Is) GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº: 43101937	21/08/2019	às 21:21

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS DE CAPACETE, ATINDINDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME

[1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
ANALGESIA
RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR
MÚSCULOESQUELÉTIC
A

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Shoensolus
Assinatura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

TOMOGRAFIA - HAL

Nº Pedido: 32576647

Data 22/08/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento 16/07/1988 Sexo M RG 2004009066881 SSP CE CPF 01969264322

Endereço R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel 987534117

Convenio HAPVIDA

Matricula 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) GUILHERME DE CASTRO

Queixa Principal:

DORES

Exame:

TC DO PUNHO DIREITO

!R^KV

6147594051

TECNICA

Exame realizado em projeção axial e coronal com cortes de 2 0 mm de espessura sem administração de contraste

Análise

Fratura cominutiva do escafoide com deslocamento palmar do maior fragmento

Subluxação palmar do semilunar

Demais estruturas osseas de morfologia e textura normais

Demais espaços articulares de amplitude conservada

Edema das partes moles junto ao sítio de fratura

* Exame documentado em CD

RAIMUNDO NOBERTO DE LIMA NETO CRM 11966-CE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 33057310

Data 19/09/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11762736 GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento.: 16/07/1988 Sexo: M RG.: 2004009066881 SSP CE CPF.: 01969264322

Endereco...: R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA CE 60732150 Tel.: 987534117

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 50339000095000014

Solicitante: Dr(a) IGOR RABELO DE SALE

CENTRO CIRURGICO

Queixa Principal:

INTERNACAO

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS DIREITO

!a1IWE

6214385231

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação metálica de fratura em escafóide.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

19/09/2019
SERIE 1/1
MAGNUM 1/2

SHIRLEY HANCOCK, 71/10/1950, 160 CM, 60 KG, 1.70 M, 60 KG, 1.70 M



OWW-1024 MC: 512

LOSSALESS
Q. 20%

POR 14-58
PTB2 25/11/2019

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

25/04

SÉRIE: 1/3
IMAGEM: 1/1



HOSPITAL ANA LIMA
SERIE: 1/3
IMAGEM: 1/1

70%
Qualidade

19%
W: 1023 L: 511

72%
Qualidade



HOSPITAL ANA LIMA
SERIE: 3/3
IMAGEM: 1/1



15%
W: 1023 L: 511

70%
Qualidade



24%
W: 1023 L: 511

Navigation and tool icons for the X-ray viewer, including zoom, pan, and window/level controls.

PRR 1454
PRR2 25/11/2019

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 22:51

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DI Nasc: 16/07/1988	Atendimento: 61475940	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA	Leito: 824206/15	
Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1]	Nº 43104595	21/08/2019	às 22:46

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE RETORNA COM MELHORA DE DOR APÓS ANALGESIA
 DEIXA-ME DÚVIDA AO ANALISAR, EM RADIOGRAFIA,
 POSSIBILIDADE DE FRATURA EM OSSOS DO CARPO DIREITO
 ASSIM, ORIENTO PROCURAR ATENDIMENTO NESTA UNIDADE COM
 TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃ
 CD
 ANALGESIA
 ATESTADO MÉDICO 3 DIAS
 PROCURAR ATENDIMENTO COM TRAUMATOLOGISTA PELA MANHÃ

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
 AGRUPADOS>

[1]

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO
 ESPECIFICADOS

[1]

99

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO
 ESPECIFICADOS

[1]

CID10

S59 OUTROS TRAUMATISMOS DO ANTEBRACO E OS NAO
 ESPECIFICADOS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO
[Assinatura]
 Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL

21/08/2019 21:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA DL. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61475940 Prontoário: 11762736
 Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /
 Profissional(is): GLAUBER CORREIA MELO CRM 18996 [1] Nº: 43101937 21/08/2019 às 21:21

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCLÍSTICO HÁ CERCA DE 20 MINUTOS, DE CAPACETE, ATINDENDO MSD, ANTEBRAÇO ESQUERDO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO AO EXAME [1]

DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE
 ESCORIAÇÕES EM REGIÕES SUPRACITADAS

HD
 TRAUMA COM POSSIBILIDADE DE FRATURA

CD
 ANALGESIA
 RADIOGRAFIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR MUSCULOESQUELÉTICA [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Assinatura
 Assinatura

**FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS**

 Atendimento
61502878


22/08/2019 22 03 26

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA		M	16/07/1988	31
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
2004009066881 SSP CE	1969264322			2-SOLTEIRO	
Endereço					
R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732150					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe			
987534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/08/2019	19:57		
Médico Atendente		Clínica	
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA		5 PQA (CENTRO CIRURGICO)	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA	
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
50339000095000014		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação		Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01		03
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
41946003	99996666	D25824578	INTERNACAO
41946003	30721180	D25824578	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENTA

NOTA DE SALA

47.35350

Atendimento:	61502878	Prontuário:	11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCI	Tipo Anestesia:	SEDACAO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	222
Equipe Médica:	CIRURGIAO	1776126	BRUNO MOTA ALBUQUERQUE	CRM	11736
	ANESTESISTA	3927954	EUZIANE LOPES SILVA	CRM	171012
	CIRCULANTE	3132870	KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS	COREN	875867
	INSTRUMENTADORA	1408321	ANA PAULA GOMES	COREN	544404

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	2	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	120105	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48542	PROPOFOL 10MG/ML INJ AMPL 20ML AMPL 20 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	43290	RINGER CLACIATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO [ATAD 10CM] ROLO 1 UD	2	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5			
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3			
30082	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	2			
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1 30X1.60 - 1 UD	2			
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4			
134084	EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINCO - 1 UD	1			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	2			
30660	LUVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	2			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	2			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	120			
50872	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/10 PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			

FICHA DE ANESTESIA



**ANTONIO
PRUDENTE**

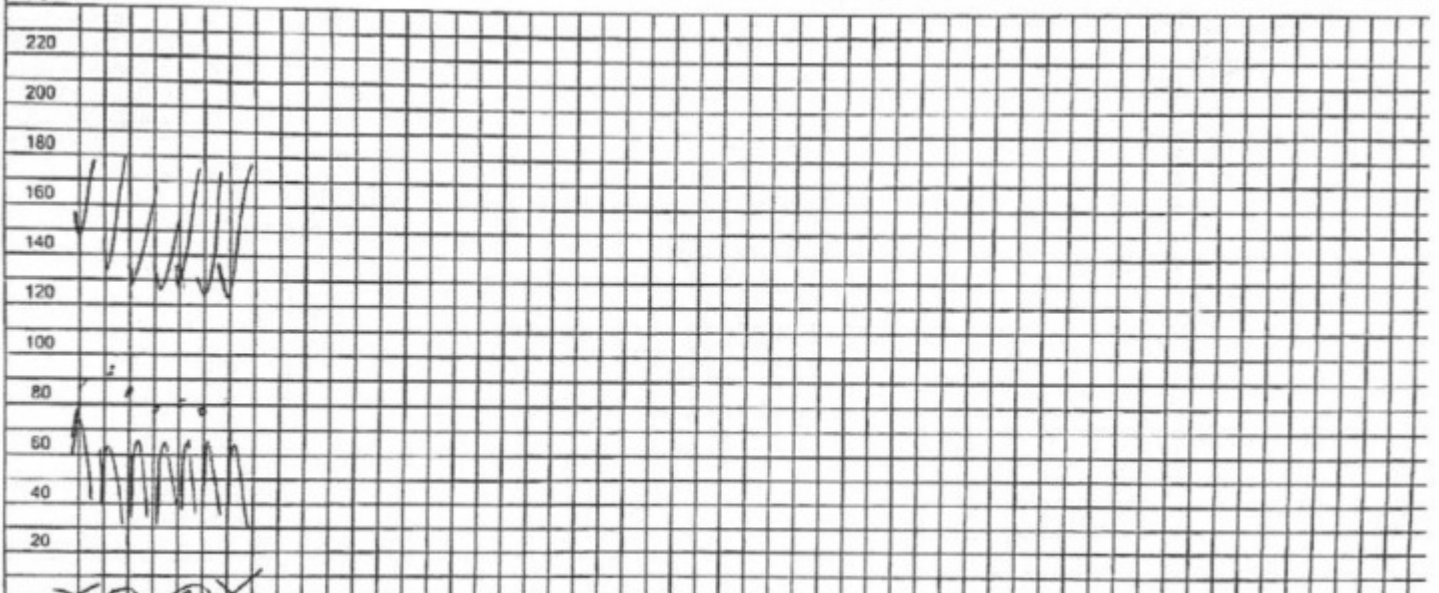
Nome: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Data: 22/03/19
 Idade: 31a Peso: 73kg Sexo: F M
 Prontuário: 11762736 Convênio: HARVIA
 Diagnóstico: FRATURO DE PUNHO DIREITO
 Cirurgia: REDUÇÃO FRATURAS DE PUNHO DIREITO Anestesia: SEDACIÃO
 Cirurgião: DR. GILSON MOTA ASA: I

A	HORA	23.00
G	O ₂	
E	NO	
N	Ar	
T	FAS	
E	COTA	
S	Pne	

LÍQUIDOS

CARDIOSCOPIO ☒ PRESSÃO NÃO INVASIVA ☒ CAPNOGRAFO ☒ OXÍMETRO DE PULSO ☒ PRESSÃO INVASIVA ☐

SAT O₂ 97% ETC O₂ ☐ PVC ☐



DROGAS		EVENTO	
1	FENTANYL 100 µg	9	A. Indução + CHEEK-4'S
2	CETAMINA 200 mg	10	B. Sedação
3	PROPOFOL 100 mg	11	C.
4	ROCURONIUM 20 mg	12	D.
5	ROCURONIUM 20 mg	13	E.
6		14	F.
7		15	G.
8		16	H.
9		17	I.
10		18	J.

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação	Oro	Naso	Sonda
R. LÍQUIDO	500-2							
					Respiração	Espon	Assist	Mecân
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição	DDT	Local da Punção	
					Aguilha	Técnica		
					Início	22.00	Final	23.00
					Duração	23.00		

Condição final op: REG. SUPLEN. ESSENCIAL

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesiista - CRM

Euziane Lopes Silva
Anestesiologista
CRM-CE 20290

FICHA DE ANESTESIA REF 74411

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	
Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]		Nº: 43154003	22/08/2019 às 22:46

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S630

Diagnóstico Cirúrgico S630

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 22/08/2019

Hora Da Cirurgia 22:46

Cirurgia redução incruenta do punho

Cirurgião bruno mota

Descrição Cirúrgica paciente em ddh sob sedação
realizado redução incruenta do punho
checado sob intensificador de imagens
tala axila apimar
a rpa

Códigos Dos Procedimentos 30721180

Dr. Bruno Mota
CRM 11736
RUA ... 1566

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): KEILA CRISTINA BARBOSA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,
COREN 675867 [1]

Nº: 43152912 22/08/2019 às 22:05

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	NÃO SE APLICA.
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO SE APLICA.
Via Aérea Difícil	NÃO.
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO SE APLICA.
Kit Cirurgico Completo Em Sala	SIM.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.
Lateralidade Do Procedimento	Direita
Paciente Certo	SIM.
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.
Procedimento	SIM.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	NÃO
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.

Dr. Bruno Tora
Cirurgião Geral
ACC 117.111.11-1988

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 :

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	NÃO SE APLICA	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		[1]
Especificar	DORSAL	[1]

Dr. Bruno Mota
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 117207-01/15867

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 [1]

Nº: 43153944 22/08/2019 às 22:44

IDENTIFICAÇÃO

Nome GILSON NASCIMENTO DA SILVA [1]

Sexo Masculino [1]

Idade 31 A 1 M [1]

Data De Nascimento 16/07/1988 [1]

Nº Atendimento 61502878 [1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário S630 LUXACAO DO PUNHO [1]

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal redução inerte do corpo [1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias 1 Dias [1]

Impressão e Assinatura
CENEC 11/25/19 17:15:56



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver sigla)

Nome completo (paciente):

CPI:

Médico:

CRM:

Data de Nascimento: / /

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Genal ou Genal a seguinte alternativa anestésica Genal

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolva procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

22 de 10 de 20 17

Horas: _____

Nome legível: _____

Assinatura: Ana Cristina

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expus detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expus.

Euziane Lopes Silva
Assinatura
CRM: 10290
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: GILSON MOURA 31

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
73kg	170cm					Sólidos: _____ Líquidos: _____	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

URGÊNCIA: _____

DATA: _____

Cardio-circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tolerância ao exercício <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras _____		Câncer <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outras _____		Exame Físico Cardíaco <u>NEG</u> Resp. <u>NEG</u> Neuro <u>NEG</u> Regional <u>NEG</u> Outro _____													
Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras _____		Infecçoso <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras _____		Laboratório <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Na</td> </tr> <tr> <td>16,0</td> <td>45,7</td> <td>NEG</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr> <td>3,7</td> <td>320</td> <td>114</td> </tr> </table>		Hb	Ht	Na	16,0	45,7	NEG	K	Plaquetas	Glicose	3,7	320	114
Hb	Ht	Na															
16,0	45,7	NEG															
K	Plaquetas	Glicose															
3,7	320	114															
Gastrointestinal/hepático <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito/ diarreia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras _____		Gravidez <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Condições de Nascimento <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas (idade gest. + idade atual)		Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia) <u>NEG</u>													
Neurológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Outras _____		Hábitos Sociais <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Outras _____		Via aérea História de via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Mallampati <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Distância esterno/mento _____ cm Dentição/Prognatismo _____													
Renal <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras _____		Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr> <td>NEG</td> <td></td> </tr> </table>		Tipo/Agente	Reação	NEG		Outros Hemorragias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob									
Tipo/Agente	Reação																
NEG																	
Hematológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Outras _____		Cirurgia/anestesia prévia <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> <tr> <td>NEG</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	NEG			Aviação ASA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não							
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes															
NEG																	
Músculo esquelético <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Outras _____		Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Planejamento Anestésico <u>NEG</u>													
Endócrino <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireóide <input type="checkbox"/> Outras _____		Histórico familiar - problemas com anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não															

Comentários sobre os achados

26 Neg

02/03/13

Euziane Lopes Silva

CRM-CE 20250

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gilson Nascimento da Silva
Data de nascimento	16-07-1983
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Anna Cristina (viuva)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Punho

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Ingerir em 07:00hs
Possui alergia a medicação ?		X	
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores		X	
Identificação com pulseira	X		MSG

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré operatório		X		
Tricotomia cirúrgica		X		

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade			
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgia realizou :

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:			
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica			

Local e data FORTALEZA 22 03, 19 Horário 21:35

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Anna Cristina Pereira de Jesus

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Adriana Eufrásio das Chagas
COREN-CE 1267812-TE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 20:04

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404505	22/08/2019 às 20:01	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	Enfermeiro(a):	VIVIANE MARA COSTA VIANA
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1]			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CHARACTERÍSTICA DA DOR	Relatado: [1] OK
MANter POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Relatado: [1] OK
IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS	Relatado: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: DOR

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Relatado:
-----------------------------	-----------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	Relatado:
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Relatado:

CORREÇÃO


Assinatura: C. Viana Teixeira
COREN-CE 308612 ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 08:05 PM
v1021_02

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61502878	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23404543	22/08/2019 às 20:04	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: VIVIANE MARA COSTA VIANA (COREN 308612)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	BOM		
Nível de Consciência	BOM		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	BOM		
ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	BOM		
INTEGRIDADE FÍSICA E MENTAL	BOM		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Viviane M. C. Viana Viana
COPIA DE PRESCRIÇÃO

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10/09/2018 - V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Gilboa nascimento da S. DATA DO NASCIMENTO 1/1/
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Enaf. DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO 22/08/18

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”

<input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem?	1 +
<input type="checkbox"/> História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
<input type="checkbox"/> Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
<input type="checkbox"/> Escorre alimento pela boca?	4 +
<input type="checkbox"/> Demora muito para engolir?	5 +
<input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
<input type="checkbox"/> Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
<input type="checkbox"/> Há tosse com líquido?	8 +
<input type="checkbox"/> Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
<input type="checkbox"/> Não consegue engolir?	10 +
<input type="checkbox"/> Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +
SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:	
	<u>0</u>

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15


Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

RESULTADO:	RISCO ALTO()	RISCO MODERADO()	RISCO BAIXO(X)
-------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de deficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decubito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

 ANTONIO PRUDENTE	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS		Data de Revisão: 10/09/2018
	Código: FORMULÁRIO: 015	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1
			Data da Elaboração: 22/02/2017

Nome do paciente: Wilson Nascimento da Silva	Data de Nascimento:
Nº do prontuário:	Data de admissão: 22/05/18
Leito:	Data da realização da escala: 22/08/18

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	1
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	1
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	1
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alerta e calma	1
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	1
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	1
		1	Acamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	1
		2	Locomove-se com cadeira de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	
G	Alterações nas eliminações	4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	1
		1	Não	
		4	Sim	
SOMA DOS PONTOS:				7

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral previo	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmosse
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corporea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX. hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

Fonte: Ministério da saúde/ANVISA/Fiocruz(Protocolo de Prevenção de Quedas,2013/Anexo-01)

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO


Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 18:37

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 10/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 309733 [1]	Nº: 43145615	22/08/2019	às 18:35

PACIENTE			
Data De Admissão	22/08/2019		[1]
PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo De Cirurgia	Emergência		[1]
Data Da Cirurgia	22/08/2019		[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	PRÉ-OP DE PUNHO		[1]
Pulseira De Identificação	MSD		[1]
Comorbidades	NEGA		[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA		[1]
Alergia- Descrição	NEGA		[1]
Tabagista	NÃO		[1]
Etilista	NÃO		[1]
Cirurgias Anteriores	Não		[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa		[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia		[1]
Reserva de Hemoderivados	Não		[1]
Reserva de Hemoderivados			
Higienização	Sim		[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim		[1]
Exames E Procedimentos	Sangue		[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO			
Jejum	Sim		[1]
ELIMINAÇÕES			
Urinárias	Presente		[1]
COGNITIVO / PERCEPTIVO			
Em Ouvir	NÃO		[1]
Compreender	NÃO		[1]
Memorizar	NÃO		[1]
Falar	NÃO		[1]



Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA_MAIRIZ
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Id. Enc. 16/07/1988
Nº Prescrição: 23817257
Idto: 13341015
19/09/2019 às 06:04

Atendimento: 62143852
Prontuário: 11762736
Peso: 80,00 kg

1. DIETA	GERAL-ADULTO/PARA A IDADE	3lit	ORAL		CRM-13903
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total	500 ml	7,00 g/min	Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 mKcal/dia	500 ml	1FRAP (FRAP C/1GR)	88h	EV
3. CEFALOXINA SODICA (1.00g) (ID11)	Água Destilada	1g	1FRAP (FRAP C/1GR)	88h	EV
4. CETOPROFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1FRAP (FRAP C/100MG)	88h	EV
5. TRAMADOL (50,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MG)	88h	EV
Alta vigilância		100 ml			SN
6. DIFENONA AMP (500,00mg)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	68h	EV
		18 ml			
7. PLAVIX (5,00mg)	Água Destilada	10mg	2ML (AMPL C/10MG)	88h	EV
		18 ml			
8. SONDAGEM VESICAL DE ALUMIO					CRM-13903
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA					CRM-13903
10. PUNÇÃO C/ JELCO					CRM-13903
11. SINAIS VITAIS					CRM-13903
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					CRM-13903
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					CRM-13903
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					CRM-13903
15. COMPRESSÃO COM ETER					CRM-13903
16. Alta em: 19/09/2019	ALTA MELHORADO				CRM-13903
Alta dada por:	IGOR RABELO DE SALES ANDRADE				
Profissional: CRM-13903	IGOR RABELO DE SALES ANDRADE				

D. Igor Rabelo de Sales Andrade
CRM-13903

D. Igor Rabelo
Cirurgião da Mão/Microcirurgia
CRM-13903 (Rég. 9427)

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 18:35

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

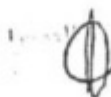
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145541 22/08/2019 às 18:34

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/08/2019	
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRÉ-OP DE PUNHO	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Sector De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	
Identidade Do Paciente	SIM	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	NÃO	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	SIM	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO	[1]
Exames Complementares	SIM	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO	[1]
Tricotomia	Não se aplica	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM	[1]



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

22/08/2019 18:33

Prontuário: 11762736

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evolui estável

HD PRÉ-OP DE PUNHO

[1]

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais e pendente resultado
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV

PA 110X60

DX 88

FC 92

FR 18

T 37.5°C

AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

AOS CUIDADOS DA EQUIPE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 18:39

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 18/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 23403482	22/08/2019 às 18:28	
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E	Leito: 133227/1	Enfermeiro(a):	LUANA VIEIRA CAMPOS
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	00 00	06 00	12 00	18 00
---------------------------------	-------	-------	-------	-------



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

22/08/2019 18:20

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CLAUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251 Nº: 43144821 22/08/2019 às 18 19
[1]

CONTROLE VITAIS		
SINAIS VITAIS		
T	37.5 °C	[1]
PA	110/60	[1]
FC	92 bpm	[1]
FR	18 mrpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
GLICEMIA PELA FITA (DX)	88 mg/dL	[1]
Sat O2	99 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	22/08/2019	[1]
Hora	18:20	[1]

PRESCRIÇÃO MEDICA

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc. 16/07/1988
Nº Prescrição: 23406034

Leito: 1334103

1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE

3x3h ORAL

Atendimento: 61502878
Prontuário: 11762736
Peso: 85,00 kg

Emissão: 22/08/2019

2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol Total	500 ml	7,00 gts/min	Acesso Periférico	CRM-11
3. SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 mL	500 ml			CRM-11
3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (ID111)	1g	1 FRAP (FRAP CI 1GR)	8/8h	EV	CRM-11
4. PROFENID IV (100,00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP CI 100MG)	8/8h	EV	CRM-11
5. DIPHONA AMP (500,00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL CI 500MG)	6/6h	EV	CRM-11
6. IRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL CI 100MG)	8/8h	EV	CRM-11
7. PLAMET (5,00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL CI 10MG)	8/8h	EV	CRM-11
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					CRM-11
9. CURATIVO MEDIO + SF + GAZE ACOLCHOADA					CRM-11
10. PUNCAO CI JELCO					CRM-11
11. SINAIS VITAIS					CRM-11
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					CRM-11
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					CRM-11
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					CRM-11
15. COMPRESSÃO COM ETÉR					CRM-11
17. Alta em: 22/08/2019					CRM-11
Alta dada por: BRUNO MOTA ALBUQUERQUE					CRM-11
Profissional: CRM-11736					CRM-11

Dr. Bruno Mota
CRM-11736

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11736 [1]

Nº: 43154135 22/08/2019 às 22:52

DIAGNÓSTICOS

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

CID10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

redução incruenta do carpo

[1]

Cirurgião

bruno mota

[1]

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Melhorado

Sim

[1]

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

enc ao especialista em mao para cirurgia definitiva

[1]

Dr. Bruno Mota
Orculista e Tr-
CRM 11736/1365

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 2

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE, MÉDICO, CRM 11738 (1)

Nº: 43154044 22/08/2019 às 22:48

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

realizado redução Incruenta do punho sem intercorrências

[1]

cd. orientações

Imobilização

enc ao especialista em mao para programação cirurgica

alta hospitalar as 23:30h

CID 10

S630 LUXACAO DO PUNHO

[1]

Dr. Bruno Mota
CRM 11738/2019
22/08/2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Convênio HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc: 16/07/1980

Atendimento 61502878

Prontuário 11762736

22/08/2019 23:53

Posto RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito 222/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1] Nº: 43155220 22/08/2019 às 23:37

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

23:49 G N S 31 ANOS SEXO MASCULINO ADMITIDO NA RPA NO
POI DE REDUÇÃO INCRUENTA DO PUNHO COM DR BRUNO MOTA E
SOB ANESTÉSIA SEDAÇÃO COM DRA EUZIANE ENCONTRA SE
ACORDADO CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO E EM AR
AMBIENTE COM AVP EM MSE E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM
MSE ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS AUSENTES NO PERÍODO SSVV
PA 148 X 68 MMHG FC 90 BPM FR 17 MRPM SATO2 99%
MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
ATÉ A ALTA HOSPITALAR PREVISTA PARA APÓS A RECUPERAÇÃO
ANESTÉSICA ENF JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
22/08/2019 23:54

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61502878

Prontuario: 11762736

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 23406395

22/08/2019 às 23:54

Posto: RPA RECUPERACAO POS ANES

Leito: 222/1

Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CIRURGICO

Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES ENFERMEIRO(A) COREN 521482 [1]

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRURGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Relatório

[1] OK

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Relatório

[1] OK

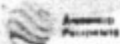
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS

Relatório


Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 ENF



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/08/2019 11:55 PM

Paciente	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc	16/07/1988	Atendimento	515.02878	Prontuário	11762736
Convênio	HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição	23406405	22/08/2019 às 23:55			
Posto	RPA RECUPERACAO POS ANES	Leito	222/1				
Avaliação	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)						
Profissionais	SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)						
1 - ADMITIR/INSTALANDO							
OXÍMETRO DE PULSO		S/Não					
MONITOR CARDÍACO		S/Não					
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO							
PADRÃO RESPIRATÓRIO		S/Não					

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - R/R



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61500552

!U(W"

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/09/2019 17:50:50

Prontuário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 2004009066881 SSP CE	CPF 1969264322	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA,1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150				
Telefone Residencial 987534117	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA_MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira 50339000095000014	Validade	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data 22/08/2019	Hora 17:12	Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Atendente 2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA			Clinica 6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -[1.10] FELIPE GOMES DA SILVA

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 21082
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/08/2019 17:28

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Di. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]	Nº: 43142294	22/08/2019	às 17:21

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA LUXACAO DOS OSSO DO CARPO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
CID10	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]			
Nº: 43142336 22/08/2019 às 17:22			

IDENTIFICAÇÃO		
Nº Atendimento	61500552	[1]
Nome Completo	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nome Da Mãe	MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Data Da Internação	22/08/2019	[1]
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA		
SINAIS VITAIS		
FC	80 bpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
COMORBIDADES		
DIAGNÓSTICO		
CID Principal	S630 LUXACAO DO PUNHO	[1]
PARECER DO ESPECIALISTA		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO		
Plano Terapêutico	REDUCAO + FIXACAO DE LUXACAO PUNHO	[1]
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM	[1]

CONFERE COM PRONTUÁRIO
LEANDRO 21082
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA Dt. Nasc.: 16/07/1988 Atendimento: 61500552 Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CLAUDIA DE CASTRO GOMES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 429251 Nº: 43144821 22/08/2019 às 18:19
[1]

CONTROLE VITAIS**SINAIS VITAIS**

T	37,5 °C	[1]
PA	110/60	[1]
FC	92 bpm	[1]
FR	18 mrpm	[1]

OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	88 mg/dL	[1]
Sat O2	99 %	[1]

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	22/08/2019	[1]
Hora	18:20	[1]

CONFERE E ASSINA
LEANDRO 21082
Assessor

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762738
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE COREN 788044 [1]	Nº: 43145261	22/08/2019 às 18:28	
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		PUNÇÃO C/ JELCO REALIZADO AS 18:28, EM 22/08/2019 POR MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 788044 [1]	
AVALIAÇÃO DE RISCO			
Hemorragia Puerperal		[1]	
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)		[1]	
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)		[1]	
Queda Adulto (Morse)		[1]	
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)		[1]	
Flebite		[1]	
Tromboembolismo Venoso Clínico		[1]	

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
LEANDRO Z1082
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 16:57

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]

Nº: 43145384 22/08/2019 às 18:30

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

Cliente evolui estável

[1]

HD: PRÉ-OP DE PUNHO

Glasgow 15

Realizou exames laboratoriais e pendente resultado.
Ecg anexo ao prontuário

Verificado SSVV:

PA: 110X60

DX: 88

FC: 92

FR: 18

T: 37,5°C

AGUARDA AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

AOS CUIDADOS DA EQUIPE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
LEANDRO 21082
16/08/2019

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/08/2019 17:00

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61500552

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A) COREN 399733 [1]

Nº: 43145541 22/08/2019 às 18:34

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	22/08/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRE-OP DE PUNHO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA	[1]
Identidade Do Paciente	SIM	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	NÃO	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	SIM	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO	[1]
Exames Complementares	SIM	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	NÃO	[1]
Tricotomia	Não se aplica	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM	[1]

COREN 399733
LEANDRO 22082

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 17:00

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Dt. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 61500552	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1]		Nº: 43145615	22/08/2019 às 18:35

PACIENTE		
Data De Admissão	22/08/2019	[1]
PRÉ-OPERATÓRIO		
Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	22/08/2019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	PRÉ-OP DE PUNHO	[1]
Pulseira De Identificação	MSD	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	NÃO	[1]
Etilista	NÃO	[1]
Cirurgias Anteriores	Não	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
Reserva de Hemoderivados		
Higienização	Sim	[1]
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]
Exames E Procedimentos	Sangue	[1]
NUTRICIONAL / METABÓLICO		
Jejum	Sim	[1]
ELIMINAÇÕES		
Urinárias	Presente	[1]
COGNITIVO / PERCEPTIVO		
Em Ouvir	NÃO	[1]
Compreender	NÃO.	[1]
Memorizar	NÃO.	[1]
Falar	NÃO	[1]

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082
 Assinatura



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61612065

!`7d"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/09/2019 17:50:30

Prontuário 11762736	Nome do Paciente GILSON NASCIMENTO DA SILVA	Sexo M	Nascimento 16/07/1988	Idade 31
RG 200400906688 SSP CE	CPF 1969264322	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	
Endereço R PADRE ITAPUA,1395 - SIQUEIRA, FORTALEZA(CE) CEP 60732150				
Telefone Residencial 987534117	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA_MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira 50339000095000014	Validade		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 27/08/2019	Hora 15:18	Matricula	Tipo Atendimento 4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente 2585251 FILIPE SANCHO DE MÃCEDO			Clinica 6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/09/2019 17:01

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 61612065

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MACEDO CRM 15158 [1]

Nº: 43361013 27/08/2019 às 15:22

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DE PUHO DIR

[1]

EM CAOMPANHAMENTO COM IGOR RABELO

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

 99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

[1]

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

SIE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

18/09/2019 03:28:10

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11762736	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	M	16/07/1988	31
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2004009066881 SSP CE	1969264322		2-SOLTEIRO	

Endereço

R PADRE ITAPUA 1395 SIQUEIRA FORTALEZA-CE CEP:60732150

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
97534117		MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector	16300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
9/09/2019	03:18		Day Clinic
Médico Atendente	004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE		
Médico Acompanhante	004330 IGOR RABELO DE SALES ANDRADE		
Avaliação médica	4-CIRURGICA		
	Tipo Atendimento		
	0 INTERNACAO		

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	ROMAZI COMERCIO E INDUSTRIA DE PLASTICOS LTDA
22-HAPVIDA_MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
50339000095000014		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA OC 01	05

V. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1362514	99996666	D28045871	INTERNACAO
1362514	30731097	D28045871	TENOLISE NO TUNEL ORTEO FIBROSO
1362514	30732026	D28045863	ENXERTO OSSEO
1362514	30722888	D28045864	TRATAMENTO DA PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 20
			Material - 99835336 - PARAFUSO DE HERBERT - QTDE: 1
			Material - 99902506 - MINI ANCORA - QTDE: 1
1362514	30737052	D28045865	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #

NOTA DE SALA

19/09

451098

Atendimento:	62143852	Prontuário:	11762738	GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Cirurgia(s):	30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEIO FIBROSO	HAPVIDA_MATRI	
	30732026	ENXERTO OSSEO	30722888	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO
	30737052	RECONSTRUCAO, RETENCONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR #		
Sala Cirúrgica:	SALA CC 04	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.: 219
Equipe Médica:	CIRURGIAO	2004330	IGOR RABELO DE SALES ANDRADE	CRM 13903
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	48849251	EDUARDO GUÉDES VIDAL SANTOS	CRM 11104

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	34290	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	2
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	39144	ANTAK 2ML AMPL 2 ML	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	39008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
134865	AGULHA STIMUPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	48593	GLUCOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML	1
134866	AGULHA STIMUPLEX 100 G-21X4 - 1 UD	1	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
51063	ALGODAO HIDROFLO - 500 GR	60	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
51055	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	91537	NAROPIN SP 10MG 20 ML FRAP 20 ML	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	3	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	43800	SORO FIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	3
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	45233	XYLOCAINA CIAD 2% 20 ML FRAP 20 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1			
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1			
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150			
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150			
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	2			
134084	EQUIPO SIMPLIS CANJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	50			
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1			
119495	FIO MONONYLON (1168T) - ETHILON* BLK 5-0 ENV 1 UD	2			
118818	FIO J&J POLYCOT (SPA43T) - POLYCOT* BLUE 3-0 ENV 1 UD	1			
32247	FIO J&J VICRYL (J406H) - VICRYL* VLT 3-0 70CM - 1 UD	1			
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	1			
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MI	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
30650	LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	4			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	30			
127683	PARAFUSO DE HERBERT - 1 UD	1			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	3			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Data: 19/09/2018

Cirurgião: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE Anestesiista: LUIZ FLÁVIO BRANDÃO RIBEIRO Pág. 1 de 1

Nome: GILSON VASCONCELOS DE ALBUQUERQUE
Idade: 34
Peso: 112,62 kg
Prontuário: 11262236
Diagnóstico: Paciente com dor abdominal
Cirurgia: 17/06/2016
Assa: ASA I
Convênio: NAPERAO
Sexo: F () M (x)
Data: 18/08/2016

ANTONIO PRUDENTE

SAO O
ETCO
PVC

Cardiôscópio
Pressão Não Invasiva
Capnógrafo
Oxímetro de Pulso
Pressão Invasiva

Líquidos

A	HORA	G	O	N.O	Ar	T	E	S
1	18:00	100	0	0	0	0	0	0
2	18:15	100	0	0	0	0	0	0
3	18:30	100	0	0	0	0	0	0
4	18:45	100	0	0	0	0	0	0
5	19:00	100	0	0	0	0	0	0
6	19:15	100	0	0	0	0	0	0
7	19:30	100	0	0	0	0	0	0
8	19:45	100	0	0	0	0	0	0
9	20:00	100	0	0	0	0	0	0
10	20:15	100	0	0	0	0	0	0
11	20:30	100	0	0	0	0	0	0
12	20:45	100	0	0	0	0	0	0
13	21:00	100	0	0	0	0	0	0
14	21:15	100	0	0	0	0	0	0
15	21:30	100	0	0	0	0	0	0
16	21:45	100	0	0	0	0	0	0
17	22:00	100	0	0	0	0	0	0
18	22:15	100	0	0	0	0	0	0
19	22:30	100	0	0	0	0	0	0
20	22:45	100	0	0	0	0	0	0
21	23:00	100	0	0	0	0	0	0
22	23:15	100	0	0	0	0	0	0
23	23:30	100	0	0	0	0	0	0
24	23:45	100	0	0	0	0	0	0
25	24:00	100	0	0	0	0	0	0

SAO O
ETCO
PVC

Cardiôscópio
Pressão Não Invasiva
Capnógrafo
Oxímetro de Pulso
Pressão Invasiva

Líquidos

A	HORA	G	O	N.O	Ar	T	E	S
1	18:00	100	0	0	0	0	0	0
2	18:15	100	0	0	0	0	0	0
3	18:30	100	0	0	0	0	0	0
4	18:45	100	0	0	0	0	0	0
5	19:00	100	0	0	0	0	0	0
6	19:15	100	0	0	0	0	0	0
7	19:30	100	0	0	0	0	0	0
8	19:45	100	0	0	0	0	0	0
9	20:00	100	0	0	0	0	0	0
10	20:15	100	0	0	0	0	0	0
11	20:30	100	0	0	0	0	0	0
12	20:45	100	0	0	0	0	0	0
13	21:00	100	0	0	0	0	0	0
14	21:15	100	0	0	0	0	0	0
15	21:30	100	0	0	0	0	0	0
16	21:45	100	0	0	0	0	0	0
17	22:00	100	0	0	0	0	0	0
18	22:15	100	0	0	0	0	0	0
19	22:30	100	0	0	0	0	0	0
20	22:45	100	0	0	0	0	0	0
21	23:00	100	0	0	0	0	0	0
22	23:15	100	0	0	0	0	0	0
23	23:30	100	0	0	0	0	0	0
24	23:45	100	0	0	0	0	0	0
25	24:00	100	0	0	0	0	0	0

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 d

ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Envio: HAPVIDA_MATRIZ

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

19/09/2019 08

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11762738

Profissional(is): [REDACTED] N°: 44380520 19/09/2019 às 07:54

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S620

Diagnóstico Cirúrgico

S620

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

19/09/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

07:54

[1]

Cirurgia

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE ESCAFOIDE

[1]

Cirurgião

DR. IGOR RABELO

[1]

1º Auxiliar

DR. EDUARDO GUEDES

[1]

Descrição Cirúrgica

- 1) PACIENTE EM DDH + ANESTESIA REGIONAL
- 2) ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + CCE
- 3) REALIZADO INVENTÁRIO DA LESÃO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO SOB ESCOPIA
- 4) REALIZADO ACESSO VOLAR EM PUNHO DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS, TENOLISE DO FLEXOR RADIAL DO CARPO, VISUALIZANDO FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO.
- 5) REALIZADO RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE REGIÃO METAFISARIA DE RADIO DISTAL DIREITO PARA PREENCHIMENTO DE FOCO DE PSEUDOARTROSE EM ESCAFOIDE DIREITO
- 6) IDENTIFICADO LESÃO DO LIGAMENTO RADIOESCAFOCAPITATO E FIBROCARILAGEM REALIZANDO-SE RECONSTRUÇÃO DESTES COM NYLON
- 7) PASSAGEM DE 01 PARAFUSO DE HEBERT EM ESCAFOIDE NUMERO 22MM
- 8) VISUALIZADO SÍNTESE SATISFATÓRIA SOB ESCOPIA
- 9) LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA + HEMOSTASIA LOCAL
- 10) SUTURA POR PLANOS
- 11) CURATIVO LOCAL + TALA GESSADA
- 12) ENCAMINHO PACIENTE À CRPA

[1]

Códigos Dos Procedimentos

- 30722888: TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE
 30732026: ENXERTO OSSEO
 30737052: RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO
 30731097: TENOLISE DE TUNEL OSTEOFIBROSO

[1]

Dr. Eduardo Guedes V. Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 11.104 RQE 8833

Dr. Igor Rabelo
 Ortopedia/Traumatologia
 Cirurgia da Mão/Microcirurgia
 CRM-PE 13903/TEOT 15474/RQE 9427

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 07:32

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): GEREANDIA GOSTA MAIORSE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN-1141707 (1)

Nº: 44379515 19/09/2019 às 07:24

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	19/09/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	07:24	[1]
Cirurgia	PSEUDOARTROSE	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em UI	Não.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checgem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checgem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Valida	SIM.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 07:32

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762738

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc. 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Convênio: HAPVDA_MATRIZ

Nº Prescrição: 23817257

19/09/2019 às 06:04

Prontuário: 1762736

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Telto: 13341005

Peso: 80,00 kg

1. DATA: GERAL-ADULTO/PARA A IDADE

32h ORAL

CRM-13903

2. Hidratação Venosa Fase Única 20,83 Vol Total 500 ml 7,00 g/100ml Acesso Periférico

CRM-13903

3. CEFALOXINA SODICA (1,00g) 1g 1FRAP (FRAP CI 1GR) 8/8h EV

CRM-13903

4. CETOPROFENO IV (100,00mg) 100mg 1FRAP (FRAP CI 100MG) 8/8h EV

CRM-13903

5. TRAMADOL (50,00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL CI 100MG) 8/8h EV

CRM-13903

6. DIFERONA AMP (500,00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL CI 500MG) 6/6h EV

CRM-13903

7. PLAVIET (5,00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL CI 10MG) 8/8h EV

CRM-13903

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

CRM-13903

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

CRM-13903

10. PUNCAO CI JEICO

CRM-13903

11. SINAIS VITAIS

CRM-13903

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

CRM-13903

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

CRM-13903

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

CRM-13903

15. COMPRESSÃO COM ETER

CRM-13903

16. Alta em: 19/09/2019

CRM-13903

Alta dada por: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM-13903

Profissional: CRM-13903

CRM-13903

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
FMM-13903/TEOT 15474/RDE 9427

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/09/2019 09:34

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820268	19/09/2019 às 09:33	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]			
2 - CONFORTO PREJUDICADO			
Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO			
ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA		Mantido: [1] OK	
MANter POSIÇÃO CONFORTÁVEL		Mantido: [1] OK	
3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA			
Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO			
SINAIS VITAIS		Mantido:	

Sarah Joliana Saunders
Sarah Joliana Saunders - ENF
COREN - CE 521.482 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEMPágina 1 de 1
19/09/2019 09:38 AM

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA	DT. Nasc.: 16/07/1988	Atendimento: 62143852	Prontuário: 11762736
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23820318	19/09/2019 às 09:35	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXÍMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRÃO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521482 ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DL Nasco.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Letto: 219/1

19/09/2019 09:33

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] N° 44385017 19/09/2019 às 09:28

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

09:28 - G.N.S., 31 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO POI DE FRATURA DO PUNHO DIREITO COM DR IGOR RABELO E SOB ANESTESIA BLOQUEIO COM DR LUIZ FLÁVIO ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSICENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO PERÍODO. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE E CVP EM MSE. CURATIVO ÍNTEGRO. LIMPO E SECO. DIURESE ESPONTÂNEA 55VV PA 135 X 76 MMHG, FC 82 BPM, FR 17 MRPM, SATO2 100% MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENF JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah J. Saunders
Enfermeiro(a) - ENF
COREN - CE-521482 - ENF

PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Gulson Damiamento da Silva
Data de nascimento	10/04/1988
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Ara (noiva)
Procedimento a ser realizado	Tanduse

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		20:30
Possui alergia a medicação?		X	
Em uso de alguma medicação?		X	
Problemas cardíacos?		V	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		redução ungueal
Identificação com pulseira	X		use

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré-operatório	X			
Tricotomia cirúrgica		X		

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade	X		Branco
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgia realizou:

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião	X		
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica	X		

Local e data: FORTALEZA 10/10/19

Assinatura do paciente ou responsável

Xistha Cristina Pereira

Assinatura do responsável pela realização deste questionário

Aune



Faz bem pre você

(Preencher quando não houver a(liqueta)

Nome completo (paciente): GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF:

Data de Nascimento: 16/07/1988

Médico

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anesthesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Proprio de Puro ou a seguinte alternativa anestésica Anestesia Geral

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

19 de 09 de 20 2019

Hora: _____

Nome legível: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Assinatura: Gilson

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expus detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu.

Dr. Luiz Fernando B. Ribeiro

Médico

CRM-CE: 19706

Dr. Luiz Fernando B. Ribeiro

Nome legível: _____ CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: _____
Passagem: _____ Leito: _____
Prontuário: _____

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (h)	DOR
72kg						Sólidos 20h Líquidos 20h	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
-----------------------	-------------

AVALIAÇÃO CLÍNICA											
Cardio-circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tolerância ao exercício <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Valvulopatia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> DVP <input type="checkbox"/> AAA	Câncer <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outras Infeccioso <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras Gravidez <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas Crianças abaixo de 1 ano <input type="checkbox"/> Negativo Condições de Nascimento <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas <input type="checkbox"/> Idade pós-conceitual _____ semanas <input type="checkbox"/> (idade gest.+idade atual) Hábitos Sociais <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cigarros/dia <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Outras										
Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> DPOC	Exame Físico Cardíaco _____ Resp. _____ Neuro _____ Regional _____ Outro _____ Laboratório <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Na</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </table>	Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose				
Hb	Ht	Na									
K	Plaquetas	Glicose									
Gastrointestinal/hepático <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito/diarréia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Cirrose	Medicação (Medicamentos em uso no dia da cirurgia) Não há medicação em uso. Via aérea História de via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Mallampati <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Distância estérno/mento 12 cm Dentição/Prognatismo Não há prognatismo Outros Hemorragias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob Avaliação ASA <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Planejamento Anestésico Não há planejamento anestésico										
Neurológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Dormência/fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> PIC	Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	Tipo/Agente	Reação								
Tipo/Agente	Reação										
Renal <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Diálise	Cirurgia/anestesia prévia <input type="checkbox"/> Negativo Cirurgia Anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Não há cirurgia/anestesia prévia Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Histórico familiar - problemas com anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não										
Hematológico <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Coagulopatia <input type="checkbox"/> Anemia	Músculo esquelético <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Artrite										
Endócrino <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireóide <input type="checkbox"/> Outras	Comentários sobre os achados Não há comentários. Assinatura Luiz Flávio Ribeiro Médico CRM-CE 19706										

Comentários sobre os achados

DATA _____ HORA _____

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 05:59

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): IGOR RABELO DE SALES ANDRADE, MÉDICO, CRM 13903 RJ

Nº: 44377356 19/09/2019 05:56

IDENTIFICAÇÃO

Nome	GILSON NASCIMENTO DA SILVA	[1]
Sexo	Masculino	[1]
Idade	31 A 2 M	[1]
Data De Nascimento	16/07/1988	[1]
Nº Atendimento	62143852	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S62 FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO	[1]
----------------	--	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	tratamento cirurgico de fratura de pseudoartrose do escafóide.	[1]
-----------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	1 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Saída Certa

Motivo	vide orientações em anexo	[1]
--------	---------------------------	-----

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-CF 13903 / RQE 15474 / RQE 9427

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Dt. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

19/09/2019 08:14

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM GOREN

Nº: 44379788 19/09/2019 às 07:33

CANCELADO DIA 19/09/2019 08:14:33 POR GERLANDIA DA COSTA LIMA JORGE.

PACIENTE

Data De Admissão

19/09/2019

PRÉ-OPERATÓRIO

[1]

Tipo De Cirurgia

Eletiva.

Data Da Cirurgia

19/09/2019

Pulseira De Identificação

MSE

Comorbidades

NEGA

Nome, dosagem, frequência

NEGA

Alergia- Descrição

NEGA

Tabagista

Não.

Etilista

Não.

Cirurgias Anteriores

SIM.

Avaliação Das Condições Emocionais

Cooperativa.

Orientações Ao Paciente

CIRURGIA.

Reserva de Hemoderivados

NUTRICIONAL/METABÓLICO

Jejum

SIM.

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento

ENF. BENEDITO

Hora

06:20

Sala

04

Condições Da Pele ao Início da cirurgia

INTEGRA

Início Da Anestesia

06:30

Término Da Anestesia

07:55

Início Da Cirurgia

07:10

Término Da Cirurgia

07:50

Instrumentador

MARCIA

Circulante

GERLANDIA

Posição do paciente durante o ato operatório

DORSAL

Membro Ou Lado A Ser Operado

MSD

Numero Inicial De Compressas

10 UD

Numero Total De Compressas Inseridas

10 UD

Contagem Final De Compressas

10 UD

KEFAZOL 2 G AS 06:30

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/09/2019 08:14

Paciente: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

DT. Nasc.: 16/07/1988

Atendimento: 62143852

Prontuário: 11762736

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Medicações/hora

Exames De Imagem

Sim

Clorexedine Alcoólico

Sim

[1]

Clorexedine Degermante

Sim

[1]

Material

PEQUENOS FRAGMENTOS

[1]

Fornecedor

ORTOGESSES

[1]

Grau De Contaminação

LIMPA

[1]

Encaminhamento Do Paciente

SRPA

[1]

Encaminhamento Do Paciente

[1]

Horário De Saída Da S.O

08:10

[1]

SINAIS VITAIS

T

35 °C

Pulso

80 bpm

PA

143,73

FC

80 bpm

FR

19 mrpm

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2

100 %

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

19/09/19

Hora

07:50

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Observação

PACTE ADM NO CC PARA TRATAMENTO CIRURGICO COM DR:EDUARDO SOB ANESTESIA DE SEDACAO ,BLOQUEIO COM DRA:BARBARA,O MESMO DEU ENTRADA NO CC ORIENTADADO,VERBALIZANDO,NA CADEIRA DE RODAS,APÓS O PROCEDIMENTO SEGUE PARA SRPA SEM INTERCORRENCIAS SOB OS CUIDADO DA ENFERMAGEM CURATIVO COM GESSO,PULSEIRA NO MSE.

Intercorrências

SEM

Eletrodos

TORAX

Incisão Cirúrgica

MSD

Punções Venosas

MSE

PÓS-OPERATÓRIO



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 06:04, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 19/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

CRM 13903

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 13903/ROF 15474/PQE 9477

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BQEGT99Q2U0K0

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 08:22, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1 (UM) dia(s), a partir de 18/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

CRM 16610

Dr. César Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC-15510 / RQE-15554 / RQE-10142

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHTIS99Q2I6I2
Solicitacao da Senha : 18/09/2019 08:09:22



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAL
PRQ PARQUE COMERCIAL, 0 - PAJUCARA
61939-915 MARACANAU - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA às 10:57, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 7 (SETE) dia(s), a partir de 10/09/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14.370/RQE: 0560/TEOT: 16.316

Local e Data

Assinatura do Médico

RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

CRM 14370

Aceito a Colocação do CID Assinado us _____

Código de Autenticação : BXFKK99Q2Q6I2

Solicitacao da Senha : 10/09/2019 10:43:07

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA
às 14:47 hs , sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho
por 15 (QUINZE) dias, a partir de 27/08/2019 , tendo como causa do
atendimento

S630

Código da Doença

Local e Data

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM-CE 13903 / RQE 9427

Assinatura do Médico



ICORRS

Autenticação: BEWOB89Q2U0E0

27/08/2019

14:48

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **GILSON NASCIMENTO DA SILVA** às 10:05, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 1 (UM) dia(s), a partir de 26/08/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S630

.....
Código da Doença

Maracanau, 26/08/19
Local e Data

Assinatura do Médico

ANA LARISSA FLORENCIO DE GOIS PEREIRA

CRM 19510


Dr. Ana Larissa Florencio
CRM 19510

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BCFKA89Q2R112
Solicitacao da Senha : 26/08/2019 09:25:36

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA
às 22:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 3
(TRES) dia(s), a partir de 21/08/2019, tendo como causa do atendimento o código
abaixo:

S59

.....
Codigo da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

Glauber Correia Melo
Médico
CREMEC 18.996

GLAUBER CORREIA MELO

CRM 18996

Aceito a Colocação do CID Assinado US _____

Código de Autenticação : BS7WV89Q2T712
Solicitação da Senha 21/08/2019 21:17:44

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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1084491110

NOME
GILSON NASCIMENTO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
2004009066881 SSP CR

CPF 019.692.643-22 DATA NASCIMENTO 16/07/1988

FILIAÇÃO
GERALDO PAULA DA SILVA
MARIA DE FATIMA
NASCIMENTO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATAS
AB

Nº REGISTRO
04694646420

VALIDADE
06/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
10/07/2009

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Gilson Nascimento da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
09/03/2015

Igon Vasconcelos Ponte
IGON VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISOR

62809603184
CE146518934

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1084491110

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

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
048.217.413-77 18/06/1990

FILIAÇÃO
FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
05034566735 06/10/2022 17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 16/10/2017

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR
1545039440

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014419529420
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA - COD RENAVAM - R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 305799509 0000000000 2019

GILSON NASCIMENTO DA SILVA

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 01969264322 PLACA NURB400/CE

PLACA ANT / UF 9C2KC1670BR510056 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAD APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARKA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP. POT. CL. CATEGORIA 2P/OCV/149CC PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1º 2º 3º

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 1º 2º 3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11 0.32 84.58

OBSERVAÇÕES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419529420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01969264322 NURB400/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

014419529420 32595356184

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2019 01/02/2019

VA 01 01969264322 PLACA NURB400

RENAVAM 305799509 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2011 COT. VIE. PART Nº CHASSI 9C2KC1670BR510056

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IDP (R\$) 0.32 TOTAL SEGURO (R\$) 84.58

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 02/01/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.543.603/0001-04

MOTQR KC16E7B510056 03061

CONTRAB

Fortaleza

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

01/02/2019

Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667163 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/08/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE PUNHO (ESCAFOIDE) DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P12 P55 P63)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PAGINA 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667163 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/08/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE PUNHO (ESCAFOIDE) DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P12 P55 P63)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PAGINA 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Estado Civil SOLTEIRO Profissão ESP. DE QUALIDADE
Residente RUA: ITAPOA, 1395 Bairro CANINORZINHO
Município FORTALEZA UF CE Nascido 16/07/88 CPF 019.692.643-22
RG 2004009066881 Emissor SSP Em 10/07/2009

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral, 676- Parque Santa Rosa, Município de Fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com. Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) Sr,(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Ocorrido em 21/08/2019

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

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

FORTALEZA - CE 26, DE Novembro, DE 2019

X Gilson Nascimento da Silva



Decorative Frame
 For Autenticidade.

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará

Bel. Jaime de Alencar Araújo Junior - Tabelar | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araújo - Substituto

Av. Major Hail, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - jaraunap@igmail.com

JAIME ARAUJO

1 Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) assinatura(s) de: **GILSON NASCIMENTO DA SILVA** ==

que conste c/ o padrão reg. desta serventia, Dou fé.

Portante, 20 de novembro de 2019, às 19:51:01, em testemunho da verdade.

PAIXÃO CORREIA LENCINHO (Escritor) Total: R\$ 17,00

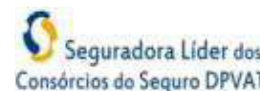
Assido somente com o selo de autenticidade FUNCI gisante

02

RECONHECIMENTO

N. CP 314633

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

Número do Sinistro: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 019.692.643-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2019

Titular do CPF: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

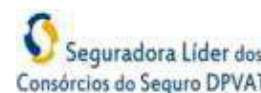
ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

Número do Sinistro: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 019.692.643-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2019

Titular do CPF: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

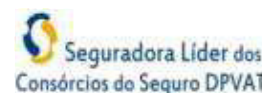
ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 019.692.643-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2019

Titular do CPF: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

GILSON NASCIMENTO DA SILVA : 019.692.643-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

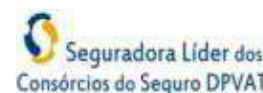
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423833/19

Número do Sinistro: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 019.692.643-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2019

Titular do CPF: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 21/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190667163 Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 21/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190667163 Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 21/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190667163 Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 21/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667163

Vítima: GILSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 21/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSON NASCIMENTO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GILSON NASCIMENTO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001563**

Conta: **0000077648-0**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.692.643-22 4 - Nome completo da vítima: OLSON NASCIMENTO DA SILVA

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

5 - Nome completo: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: SE. DE VANDAGOR 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: AN. NOZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (85) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
dígito da
vítima ou
beneficiário
em alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - CE 26/11/19

X Gilson Nascimento da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 920 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 11:15:56**
Data / Hora da Ocorrência: **21/08/2019 21:21:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD RAIMUNDO PESSOA DE ARAÚJO, MUCUNÃ - MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GILSON NASCIMENTO DA SILVA**
Nascimento: **16/07/1988** CPF: _____
RG: **2004009066881** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DA SILVA**
GERALDO PAULA DA SILVA
Endereço: **RUA PADRE ITAPUA, 1395**
Bairro: **SIQUEIRA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **8753-4117**

Histórico

QUE NO DIA E HORA ACIMA INDICADOS ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, DE PLACAS NUR8400/CE, DE SUA PROPRIEDADE, SE DIRIGINDO PARA A RODOVIA CE 065 COM INTUITO DE IR PARA FORTALEZA; QUE NO ENTANTO AO TENTAR DESVIAR DE UM CACHORRO, VEIO A "DERRAPAR" E A MOTO CAIU LEVANDO O ORA DECLARANTE AO SOLO; QUE CAINDO NO CHÃO E PERCEBENDO QUE HAVIA SE LESIONADO LIGOU PARA SEU IRMÃO GILLIARD NASCIMENTO DA SILVA (CPF 011.413.583-52); QUE SEU REFERIDO IRMÃO CHEGOU AO LOCAL DO ACIDENTE PARA LHE SOCORRER E EM RAZÃO DO SEU IRMÃO E NAMORADA ANA CRISTINA PEREIRA DE SOUSA (CPF 063.399.013-28) TEREM VINDO AO LOCAL PREFERIU NÃO CHAMAR AMBULÂNCIA, DE FORMA QUE OS MESMOS OS LEVARAM AO HOSPITAL ANA LIMA EM MARACANAÚ; QUE AO CHEGAR AO HOSPITAL FICOU FEZ RAIO X NO BRAÇO, JOELHO E PÉ E NO DIA SEGUINTE VOLTOU AO MESMO HOSPITAL PARA SER ATENDIDO POR UM TRAUMATOLOGISTA, MOMENTO EM QUE SE CONSTATOU FRATURA NO SEU PUNHO DIREITO; QUE NO PRESENTE MOMENTO AINDA SE ENCONTRA EM RECUPERAÇÃO DO REFERIDO ACIDENTE, JÁ TENDO REALIZADO CIRURGIA E AINDA PRECISANDO FAZER FISIOTERAPIA.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

ALINE CARLA DE SOUSA AGUIAR - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

Gilson Nascimento da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): _____

DELEGACIA DO 28 DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 08/10/2019 11:34:04

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/10/2019 11:34:04



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL
Impresso n° 2019714980



BOLETIM DE Ocorrência N° 128 - 920 / 2019

CARINA DE FREITAS SOARES - MAT.: 30119762

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 08/10/2019 11:34:04

Pág. 2 de 2

Impresso em: 08/10/2019 11:34:04

Scanned by CamScanner

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.692.643-22 4 - Nome completo da vítima: OLSON NASCIMENTO DA SILVA

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

5 - Nome completo: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANILDEZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
em alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - CE 26/11/19

X Gilson Nascimento da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.692.643-22 4 - Nome completo da vítima: OLSON NASCIMENTO DA SILVA

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

5 - Nome completo: OLSON NASCIMENTO DA SILVA 6 - CPF: 019.692.643-22
7 - Profissão: SE. DE VANDAGOR 8 - Endereço: RUA: ITAPOA 1395 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: AN. NOZINHO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60732-150
15 - E-mail: MC527310@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (85) 98529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 77648 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
dígito da
vítima ou
beneficiário
em algarismo

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - CE 26/11/19

X Gilson Nascimento da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO

Outorgante GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Estado Civil SOLTEIRO Profissão ESP. DE QUALIDADE
Residente RUA: ITAPOA, 1395 Bairro CANINORZINHO
Município FORTALEZA UF CE Nascido 16/07/88 CPF 019.692.643-22
RG 2004009066881 Emissor SSP Em 10/07/2009

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral, 676- Parque Santa Rosa, Município de Fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com. Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) Sr,(a) GILSON NASCIMENTO DA SILVA
Ocorrido em 21/08/2019

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

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

FORTALEZA - CE 26, DE Novembro, DE 2019

X Gilson Nascimento da Silva



Decorative Frame
 For Autenticidade.

JAIME ARARIPE
LAUTARIO

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará

Rua Jaime de Albuquerque Araújo de Albuquerque - Telêmaco - Fortaleza - Ceará (CE) 60325-3301 - jaimeararipe@gmail.com

At: 10/11/2015, 09:05 - CEP 60325-001 - Fortaleza - Ceará (CE) 60325-3301 - jaimeararipe@gmail.com

02
 RECIBO DE
 N. CP 314633

1 Reconhecimento por Autenticidade a(s) assinatura(s) de: 1

=== GILSON NASCIMENTO DA SILVA ===

que comparece c/ o padrão reg. desta serventia. Dou fé.

Portante, 20 de novembro de 2019, às 19:51:01, em testemunho da verdade.

PRIMEIRA COPIA (escritura) total: R\$ 17,00

Atestado com o selo de autenticidade (uma) quarenta e sete.