

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: **REGINALDO FREITAS BESSA**
 Nº DO PRONTUÁRIO: **155295** Nº DO BILHETE: **192442**
 NOME MÃE: **ANA LUCIA DA COSTA BESSA**
 NASCIMENTO: **13/04/1988(29 ANOS)** SEXO: **M** RAÇA/COR: **PARDO**
 ENDEREÇO: **RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBAÚ**
 NOME RESPONSÁVEL: **O MESMO**
 MUNICÍPIO: **FORTALEZA** UF: **CE**
 CONTATO: **(85)99815-6935** CEP: **60.534-670**

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE: _____
 OCORRÊNCIA: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SIC PACIENTE TEVE: **COLISAO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID** MOTIVO: **ACIDENTE DE MOTO**
 SINTOMAS: **NI** ESCALA DE DOR: **99 (ADULTO)**

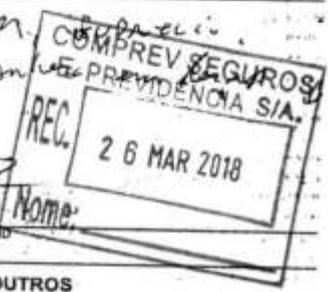
SINAIS VITAIS

PESO: **NI KG** PRESSÃO ARTERIAL: **NI/NI** SAT O2: **NI%** PULSO: **NI** GLICEMIA: **NI**
 TEMPERATURA: **NI °C** ALERGIAS: **NI**
 CLASSIFICAÇÃO: **AMARELO** RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **MARIA HELENA RODRIGUES** DATA E HORA DA CLASSIF: **25/01/2018 08:01:**

ÁREA DE ATENDIMENTO: **ATENDIMENTO CIRÚRGICO**
 ÁREA ATENDIMENTO: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE: *Vacante última acidente de moto há 2h; vim parar devido FC=86; pulso cheio; ECG 15; relato em um omado D.; lesões com cd. RX torax e omado D. - sutura*



DIAGNÓSTICO: _____
 SÓDIO SOLICITADO: HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X _____ OUTROS _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i># Iniciar antídoto</i>		
<i>luxão de mãos - dorável ombro D +</i>		
<i>301060100</i>		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO ÓBITO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IML ANAT. PATOL

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 25/01/2018 às 08:01:15
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Penal.

urgência geral

- atendimento suta e em remanejo de lesão D.

cd. Alta da camera geral

*Dr. Rogério Aguiar Ximenes
Médico
CRM: 6919*

REGINALDO FREITAS BESSA

HOSPITAL DISTRITAL DE EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
 Mat. 45632
 Coordenador do SAME - HDEAM

Atendimento	1.363.184		Prontuário	424339	
Paciente	Reginaldo Freitas Bessa		Idade	29 anos e 10 meses	
Segurado	Reginaldo Freitas Bessa		Fone	987495857	
Convênio	ISSEC		Val. Carteira	26/04/2018	
Plano	ISSEC		Identidade	30877225	
Matricula	00256895000	Cartão Saúde	20251211	Bairro	Genibaú
Endereço	Tailandia, 100 Genibaú casa01		Cidade	Fortaleza	
Complemento	casa01		Sexo	Masculino	

ATENDIMENTO ATUAL

Setor	Emergencia-Pronto Socorro	Medico/C.d	Joao Ricardo Andrade de Alencar
Atendente	Raquel de Sousa Silva Santiago	Data	26/01/2018 - Sexta-feira
Especialidade	Traumatologia	Hora	16:57:50
Classificação	Consulta		

Queixa Principal trauma ombro dir

HDA

PROCEDIMENTO.

DIAGNOSTICO

Refer "acidente de moto"

Intoxicação aguda - álcool

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

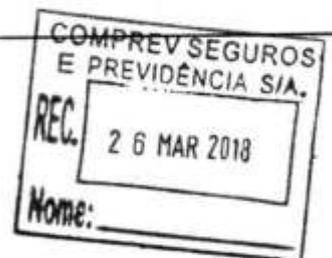
05.867.015/0001-75

UNIÃO DE CLÍNICAS DO CEARÁ LTDA

Av. Aguanambi, 332
Fátima - CEP 60.055-402

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Keddy



AT 1363700

2018/02

ISSEC

RP 19/02/18

Solz 19102118



uniclinic
o hospital da sua vida

Av: Aguanambi Nº 332

Bairro: Fátima

CEP: 60055402

Tel: 3311-6000

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME REGINALDO FREITAS BESSA					<input checked="" type="radio"/> Interno <input type="radio"/> Outras	
CPF 024.438.243-30	RG 2002010145762	IDADE 24	E.CIVIL CASADO	SEXO MASC.		
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA Nº 100 APOI		FONE (85) 8744-5857	BAIRRO GEMINÁV	DATA DE NASC. 13/04/1988		
CIDADE FORTALEZA	CEP 60534670	UF CEARÁ	NATURALIDADE FORTALEZA			
PAI VANDERLEY FREITAS BESSA		MÃE ANA LÚCIA DA COSTA BESSA				
MÉDICO RESPONSÁVEL DR. JOÃO RICARDO		CRM 5244	DATA INTERNAÇÃO 26/01/2018			

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME		RG	CPF		
PROFISSÃO		PARENTESCO	FONE		
ENDEREÇO		BAIRRO	CIDADE	CEP	UF

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para
 , assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações
 médicas existentes no Prontuário.

Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.

Fortaleza(Ce) , DE DE 2018.

Reginaldo Freitas Bessa
PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

JAI ME ARARIPE
SERVIÇO REGISTRAL

CONFÉRMÃO ORIGINAL



JAI ME ARARIPE
Serviço Registral
Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araripe Nêtor - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Matar 144, 4905 - CEP 60256-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3215-1301 - cartorio@seced.com.br

Cód. (85) 3306751723) 2- Reconeço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de:
REGINALDO FREITAS BESSA
que comparece / a partir deq nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 16 de fevereiro de 2018, 11:12:37. Em testemunho da verdade.
SUNIA MARIA MATOS MAGALHÃES ORNELLI (Esponente)
Total: R\$ 4,03. Funct. 11/11/18



FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PPA

Nome: Reginaldo Freitas Bessa
Nome Completo: Reginaldo Freitas Bessa
Estado Civil: Outros
Nome Pai: Vanderley Freitas Bessa
Nascimento: 13/04/1988
Endereço: Tallandia, 100 Genibaú casa01
Bairro: Genibaú
Naturalidade:

Conjuge:
Nome Mãe: Ana Lucia da Costa Bessa
Idade Mãe: 29 Anos
Cidade: Fortaleza
Religião:

Admissão: 1.863.200
Nº Prontuário: 424.339
D Internação: 26/01/2018 17:33
Sexo: Masculino
CPF: 02443824330
Identificação: 30877225
Telefone: (85) 987495857
D Entrada: 26/01/2018
D Alta: 04/02/18

04702/18
as 12:30

Acomodação: Enfermaria
Unidade: 405-2
Plano de Saúde: Nome, ISSEC, Empresa
GIH: _____
Autorização: _____
Cód. Usuário: 00256695000

Responsáveis:
Nome: Ana Lucia da Costa Bessa
Endereço: Tallandia, 0 Genibaú
RG: _____
CPF: 02443824330
Parentesco: _____
Telefone 2: _____
Telefone 3: _____
Telefone 4: 987495857
Parentesco: _____
Telefone: _____
Celular: _____
Trabalho: _____

AUDITADO
06/02/18
Kauque

Recebido
07/02/18
A-

acidente de moto
ruja e amonidades
ruja alergias

HDA: _____
Diagnostico Provável: _____
Diagnóstico Definitivo: _____
CONFERE ORIGINAL

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA SIA.
REC. 28 MAR 2018
Nome: _____

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(a) Reginaldo Freitas Bessa, CPF nº 02443824330, aqui declarado, internado neste nosocômio, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por meu plano de saúde, assim como tenho conhecimento que o Hospital Uniolínio não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, jóias, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicando em qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a permanência no mesmo.

Responsável pelo Atendimento
Maria Aline

Paciente ou Responsável

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

nome: Reginaldo de Brito Riva

DATA: 26/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405.2

CONVÊNIO: haseo

TURNO: not

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi

%

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100%

Spo²: %

DIETA:

VO

() SNE

() SNG

() GTT

() NPT

() Zero Para:

Observações: As 19:00 h parte adm. Fido para 04

participar da reunião com a equipe de enfermeiros

em urgência, na sala 415.5.1m + valguia medicamentosa.

Seu relatório segue no livro nos anexados

da equipe de enfermagem

Antônia Claudenice Barbosa

COREN-CE 001.202.125 TE

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi

%

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100%

Spo²: %

DIETA:

() VO

() SNE

() SNG

() GTT

() NPT

() Zero Para:

Observações: 19:10h parte capros enfermeiro

diro foi encaminhado ave, com jalen

22 q. extensor 20 com exeto.



ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Antônia Claudenice Barbosa
COREN-CE 001.202.125 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Data Internação: 26/01/2018 17:33:05 Entrada na Unidade:

ADMISSÃO UNIDADE

REGINALDO FREITAS, 29A
 HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
 #ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

Às 19hs paciente admitido proveniente da emergência

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Passou menos de 72 hs internado em outra instituição
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 CREM-DE 454350

Rafael Nogueira Abrante /



UNICLINIC
 CONVÊNIO COM
 ISSEC



Uniclinic
Prescrição Eletrônica Paciente



17718661

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascto: 13/04/1988 29a An 13d

Atendimento: 1.363.200
Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Prontuário: 424.339

405-2

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Data Prescr: 27/01/2018 12:00:00

Dieta(s)	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
Dieta(s) Geral (ou Livre que aceitar)				
dicamentos			Dose / Intervalo / Via	Horários
Cetoprofeno 100mg Fa Ev			1 FFA 12/12 h IV	30
				30

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações: JELCO SALINIZADO Intervalo: MANTENDO Horários: ROTINA

SSVV + CCGG

medico Paulo cel cerver

*Dr. Joao Ricardo Andrade
Ortopedia Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.885.406-53*

*Samuel Magalhães da Silva
Ortopedia Traumatologia
CRM 10117 TEST 1255A*

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

CONFIRMADO ORIGINAL

Paciente:	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento:	1.363.200
Data Nascto:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário:	424.339
Sexo:	Masculino	Dt. Entrada:	26/01/2018 17:33:05
Telefone:	987495857	Convênio:	ISSEC ENFERMARIA
Leito:	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
 HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
 #ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Nogueira Abrante
 Enfermeiro
 CRF ENF 454350

Rafael Nogueira Abrante /



COMPREV SEGUROS
 ORIGINAL



1719302

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nasco: 13/04/1988 29a 9m 15d

Atendimento: 1.363.200
Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Prontuário: 424.339

405 2

Data Entrada: 28/01/2018 17:33:05

Data Prescr.: 28/01/2018 12:00:00

Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta:

Dose:

Intervalo:

Observação:

Descrição Técnica:

Geral (ou Livre que aceitar)

Dose / Intervalo / Via Horários

D. P. E.
3° S

Cetoprofeno 100mg Fa Ev | 1 FA 12/12 h IV | 28

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Indicações:

Intervalo:

Horários:

JELCO SALINIZADO

MANTENDO

SSVV + CCGG

ROTINA

Carolina G. Carpent

Dr. Joao Ricardo Andrade
Ortopedista - Traumatologia
CRM 5244
CPE: 423.865/406-53

Samuel Magalhães da Silva
Traumatologia e Ortopedia
CRM 10111/11071254

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

CONFIRMAR COM O ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
28/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Darlene Rodrigues Oliveira	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
 - Mantém autonomia respiratória
 - Dieta VO liberada
 - Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
 - Eliminações presentes
- Cliente não apresenta queixas no período.

Darlene Rodrigues
Enfermeira
COREN CE 455211

DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA COREN:455211



COPIA ORIGINAL



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1719618

Autenticado

405-2

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascido: 13/04/1988 29a Sm 15d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp: Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200

Convênio: ISSSEC/ENFERMARIA

Data Prescr: 29/01/2018 12:00:00

Prontuário: 424.339

Dieta: al (ou Livre que acostar)

Medicamentos

Cetoprofeno 100mg Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Médico
COM ATADURA

Recomendações

JELCO SALINIZADO
SSW + CCGG

Observação

Dose / Intervalo / Via

1 FA 12/12 h IV 2x

Intervalo

Horários

MANTENDO

Dieta zero apr degra

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

UNICLINIC
COMPREV COM O
CRONINIL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

nome: Reginaldo Freitas Rosa

DATA: 29/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405-2

CONVENIO: 1330C

TURNNO: MT

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações: As 18:00 h parti para fazer exame no litto

Antonia Cláudia Helena

COREN-CE 001.202.125 TE

TURNNO: SH

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

CONF. OIBS
CONF. OIBS

Assinatura e COREN:

Antonia Cláudia Helena
COREN-CE 001.202.125 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

- Diagnóstico: Pré Op de fratura de ombro (D)
- Especialidade: Clínica

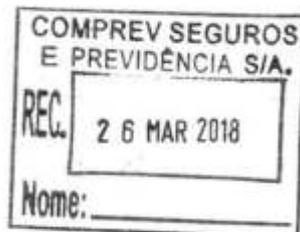
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorencias

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ()

Rafael Abrante
Enfermeiro
COREN/CE 454350

Rafael Nogueira Abrante



UNICLINIC
CENTRO DE
GAMMA



Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Data-Nascto: 13/04/1988 29 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 987495857
 Leito: Sala Cirur 01

Atendimento: 1.363.200
 Prontuário: 424.339
 Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
 Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Francisca Ivanuza Carlos Mauricio	COREN 311777

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): IVANUZA MAURICIO

Evolução NOITE

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
 Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- MANTEM Curativo de Perna (D)

MANTEM CURATIVO DA FO



Condutas/Intercorrencias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Ivanuza Mauricio
 Enfermeira
 COREN 311777
 IVANUZA MAURICIO

IMPRESA
 COMPRESA 02/01/2018
 OF 10/01/2018
 17

Prescrição Eletrônica Paciente



1720281

405-2

Atendimento: 1.363.200
Genéio: ISSEC / ENFERMARIA
Data Presc: 30/01/2018 12:00:00

Prontuário: 424.339

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascimento: 13/04/1988 29a 9m 17d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Diárias: Dose Intervalo Observação

Zero: Dose / Intervalo / Via Horários Descrição Técnica

Medicamentos: etioprofeno 100mg ka ev 1 FA 12/12h IV 20 5° S

Procedimentos/ Serviços: SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF 1 Curativo Medico 1x ao dia 1 Horários Material Dose/hora 30 12:00

COM ATADURA

Recomendações: Intervalo Horários: MANTENDO ROTINA

SSW + CCG

Carinha Bessa Cirurgião e ortopedista

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Dieta Luno apr 20h

KeK 1 g 1 hora An

1v 6166

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

nome: Reginaldo Freitas Riva

DATA: 30/01/18 POSTO: 04 LEITO: 405.2

TURNHO: not

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %
 MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo²: _____ %

DIETA:

VO () SNE () SNG () GTT () NPT
 Zero Para: _____

Observações:

Ab 15:30 h, parte suaminhada. Antônio Vinícius Vitorino
 O exame linurgico _____
 COREN: 02.001.202.125-7

Ab 15:35 PACIAD SPO

Sociedade Hospitalar de São Paulo
 Rua do Estado, 1000 - Vila Mariana
 São Paulo - SP - CEP: 04555-900
 COREN: 02.001.202.125-7

Ab 01:50 h, paciente deite da sr para
 Olhar segue ao lado da suaminhada

Sonia M^{re}. S. Alves
 Gerente de Enfermagem
 Referência em Enfermagem

REC. 26 MAR 2018

TURNHO: _____

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %
 MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo²: _____ %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT
 Zero Para: _____

Observações:

Ab 22:00 h parte retornar
 de e.e.a.

Nome: _____

Assinatura e COREN: _____

Antônia Maria Pereira Barbosa
 COREN: 02.001.202.125-7

Assinatura e COREN: _____

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data-Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
30/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

- Diagnóstico: Pré Op de sutura de ombro (D)

- Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta Zero após jejum
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorrendos

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ()
- Solicitado limpeza em procedimento cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 01/11/2018 14:28:58

Rafael Nogueira Abrante

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

[Faint handwritten notes and signatures]

1363200



RELATORIO DE OPERAÇÃO

NOME: *Reginaldo Brito Bessa*
 CLÍNICA: *M. Bessa* | CATEGORIA: | LEITO: *405-2* | PRONTUÁRIO: *474.339*
 DATA: *30/01/18* | CIRURGIÃO: *Rodrigo*
 1º AUXILIAR: *M. Moreira* | 2º AUXILIAR: | 3º AUXILIAR:
 INSTRUMENTADOR: | CIRCULANTE:
 ANESTESISTA: *Dr. ...* | TIPO DE ANESTESIA:
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Lesão crônica do membro superior direito*
 TIPO DE OPERAÇÃO: *Trat de fratura crônica do membro superior direito*
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *O membro superior direito*
 RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:
 EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: *Intervenção de fratura*
 ACIDENTES OU INCIDENTES:
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: *05* T: *10*
 INICIO DA CIRURGIA: *19:00* | TÉRMINO: *20:00* | DURAÇÃO: *1h*
 INICIO DO OXIGÊNIO: *19:00* | TÉRMINO: *20:00* | DURAÇÃO: *1h*

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA SIA.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome:

AUDITADO
 20/10/18
 Eliete

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

1) Devido dor no membro superior direito, foi realizada a cirurgia de fratura crônica do membro superior direito.
 2) Anestesia geral com intubação orotraqueal.
 3) Acesso cirúrgico por via anterior.
 4) Fratura de humerus direito com deslocamento.
 5) Redução da fratura com auxílio de pinos e placas.
 6) Fixação com placa pré-formada e parafusos.
 7) Lavagem da ferida com solução fisiológica.
 8) Curativo com gaze e fita adesiva.
 9) Curativo com gaze e fita adesiva.

Dr. Victor Monte Tenorio
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 11967

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO
 Dr. João Ricardo Andrade
 Ortopedia e Traumatologia
 CPF: 423.888.777-00

NOME DO PACIENTE: Reginaldo Frutos Berra

AP/ENF: LEITO: 405.2 CONVÊNIO: SMC

CIRURGIÃO: D. J. Lima DATA: 20/01/18

IDADE: PESO: ALTURA: SEXO: M PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 18

PA: Crxy TIPO SANGUINEO: HEMACIAS: HEMOGLOBINA:

HEMATÓCRITO: GLICEMIA: URÉIA:

AP. RESPIRATÓRIO: F-S ASMA: BONQUITE:

AP. CIRCULATÓRIO: ECG:

AP. URINÁRIO: urina +100 URINA:

AP. DIGESTIVO: Dentes: PESCOÇO:

ALERGIAS:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: heparina Aumentada

ANESTESIAS ANTERIORES:

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

PAM:

HORÁRIO: 14:00 - 2:00

Agente Anestésico: Zel

Líquidos: sros, hemoderivados e etc.

PULSO: 220, 210, 200, 190, 180, 170, 160, 150, 140, 130, 120, 110, 100, 90, 80, 70, 60, 50, 40, 30, 20

TEMP.: -000-

PVC:

PA:

ANEST.: XXXX

OP:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: heparina - 10000ui

POSIÇÃO: S.A. Angles Dorsal - Prone

AGENTE: Neo 2000

TÉCNICA: Bloqueio de Sacton

CIRURGIÃO: Fr. Crxy

CIRURGIÕES: D. J. Lima

ANESTESISTA(S):

INTERCORRÊNCIAS: D. Lima

INDUÇÃO

Satisfatória: Excitação:

Tosse: Lenta:

Náuseas: Vômitos:

MANUTENÇÃO

Neo 2500 2:00am

Dantrol 500

Propofol 2:00am

Hepran 0.5

M... 0.2

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26/MAR 2018

Nome: Sate de P. Crxy

Anestesia Satisfatória Sim () Não ()

Paciente para o leito com cânula: Sim () Não ()

Perda Sanguínea Aprox.: _____ ml

Obstrução: _____ Co2

Náuseas: _____

Vômitos: _____

Outros: _____

Dr. Manoel Romão
 Anestesiologista
 CRM 4288

Assinatura do Anestesiologista/CRM

MATERIAIS		UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abbocath N°		unid		Latéx	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro		unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml		unid	00	Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml		unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml		unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	01
Agulha 13x4,5		unid		Luva 6,5	unid		Catgut-Simples N°	unid	
Agulha 13x30		unid		Luva 7,0	unid	01	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0		unid		Luva 7,5	unid	01	Caprofyl	unid	
Agulha 30x8,0		unid		Luva 8,0	unid	01	Caprofyl	unid	
Agulha 40x12		unid	02	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo		gr	20	Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm			Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm			Micropore 2,5 cm	cm	60	Mononylon 3.0	unid	02
Algodão Ortopédico	20cm			Micropore 5,0 cm	cm	30	Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm			Propés	pares	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm			Placa Descartável	unid	01	Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm			Raio X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm	02		Seringa 01 cc	unid		Sonda de fouchet n-32	unid	
Atadura de Crepon	20cm			Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm			Seringa 05cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm			Seringa 10cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm			Seringa 20cc	unid	04	Prólone N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm			Seringa 60cc	unid		Prólone N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm			Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid			Sonda de Folley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid			Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl	unid	
Bolsa de Colostomia	unid			S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid			S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid			S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid			S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	02
Cateter Duplo J	unid			Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01		Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid	01		Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid			Tipóia Descartável	unid	01	Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	10		Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	200		Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml	180		TAXAS			Nitrogênio	Dur	40
Clorexidina Aquosa	ml			Aspirador			Agulha de Veres	unid	
Cotonóide	unid			Bisturi Elétrico		sim	MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Sist. Fech	unid			Trépano Elétrico		sim			
Depo Medrol	unid			Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid			Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid			Tx. Intensif. de Imagem		sim			
Dreno de Toráx N°	unid			Tx. Ureterorreno					
Equipos	unid			Tx. Ureterotripsor					
Esparadrapo	cm	30		OUTROS					
Éter	ml			Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid			Cateter Single Lumen	unid				
Faixa de Smarch	unid			Cateter Duplo Lumen	unid				
Formol	ml			Cateter de Hemodialise	unid				
Fio Guia Hidrofilico	unid			Heparina	unid				
Fita Cardíaca	unid			Xilocalina SV 20 ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	20		Xilocalina CV 20 ML	gr				
Gaze Acolchoada	unid			Xilocalina Gel	unid				
Esteranos 2%	ml			Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid			Kollagenase	gr				
Gorro	unid	06		Adrenalina	unid				
Diprosan	unid			Oximetazolina	Fr				
Tela Inorg.Polipropileno	unid								

Cirurgião: João Ricardo
Aux 1: V. Monte

Anestesiista: Mauro
Aux 2:

Instrumentadora: Dani
Circulante: como

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC 26 MAR 2018

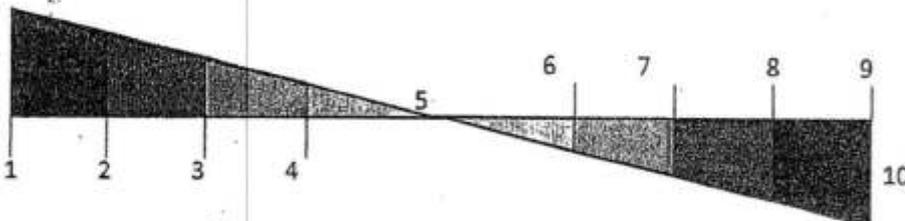
Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedista e Cirurgião
CRM: 5244
CPF: 42.886.408-55



NOME: Reginaldo dos Santos Bezerra
 PRONTUÁRIO: 494.339
 ATENDIMENTO: 2-363-200
 DATA DE NASC: 13/04/1988
 DATA ADMISSÃO: 30/07/2018
 HORA ADMISSÃO: 20:10

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

HAS DM IC AVC PRÉVIO OUTRAS: _____
 IRC IRA ARRITMIAS DEMÊNCIA ALERGIAS: _____



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1 APÓS UMA HORA: 1 ESCORE NA ALTA: 1

SUGESTÕES DA ANESTESIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	2	2	2	2	2								
P	2	2	2	2	2								
C	1	1	1	2	2								
R	1	2	2	2	2								
S	1	1	2	2	2								
T	7	8	8	9	10								

INTERCORRÊNCIAS

HIPERTENSÃO CEFALÉIA TOSSE AGITAÇÃO VAR. GLICEMIAS ANESTESIA
 HIPOTENSÃO TONTURA SECREÇÃO DELIRIUM DIST. POTÁSSIO PARESTESIAS
 TAQUICARDIA NÁUSEAS DISPNEIA ANSIEDADE DIST. SÓDIO PARESIAS
 BRADICARDIA VÔMITOS APNÉIA CHORO DIST. CÁLCIO AMAUROSE
 PARADA DOR ABD. RE-IOT SUICIBILIDADE DIST. MAGNÉSIO SURDEZ

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

Tratamento com analgésicos
 Acionado o circuito de oxigênio
 Bloqueio + SDDC; Dr. Marcelo

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

PANTOZOL DAPIRONA TRAMAL PLAMET/PRASIL LORAX
 CLEXANE PARACETAMOL MORFINA DRAMIN B6 RIVOTRIL
 HEPARINA NF PROFENID OUTRO OPIÓIDE ONDASETRONA DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 21:50

PA: _____ FC: 67 SpO₂: 96.1

APARTAMENTO
 UTI

RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO) Dr. Evaldo Diógenes

Médico Anestesiologista
 CREMEC 10169



uniclinic

João de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1720994

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 17d
Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Atendimento: 1.363.200
Conteúdo: ISSEC / ENFERMARIA
Data Prescr.: 31/01/2018 12:00:00

Frontidário: 424.339

405-2

Médico: Resp Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Diétes Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Geral (ou Livre que aceitar)

Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

Dose/Intervalo/Ma Horários
1FA 12/12 h IV

20

08

D P E
S S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF
2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

1FA 6/6 h IV

12

18

24

06

1°

S

D01/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

Dias previstos: 0 - Uso anterior de antitricloplano: N -

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Ordem Intervalo

1x ao dia

Horários

12

Materiais

Data/Hora
31 12:00

Recomendações

JELCO SALINIZADO

Intervalo

Horários
MANTENDO

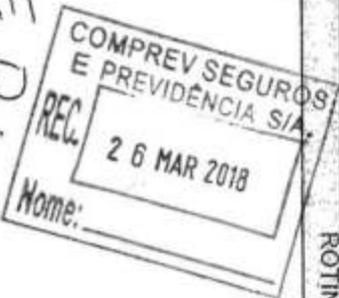
SSVW + CCGG

ROTINA

Dr. João Ricardo Andrade

Dr. Victor Morais Fandiário
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM CE 11987 TEOT 13884

Prescrição em F.D.



UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

[Signature]

Dr. João Ricardo Andrade
Oropêda e Torçolista
CPF: 42.115.406-83



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

Nome: *Roginaldo Farias Brito*

DATA: *31/01/2018*

POSTO: *4*

LEITO: *405-2*

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações:

Vertical lines for notes in the first form.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações:

Vertical lines for notes in the second form.

UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data Nascto	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
 Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom + *colagenase*
 (sutura preservada sem flogose)
- Realizado curativo em FO convencional
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 424.339

Condutas/Intercorrecias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Rafael Nogueira Abrante
 424.339

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

PR
 COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 02/03/2018



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

1721615

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascimento: 13/04/1988 29a 9m 19d
Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Médico: Resp. Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200
Convênio: ISSEC / ENFERMARIA
Data Presc: 01/03/2018 12:00:00

Profissional: 424.339

405-2



Diets: Zero

Observação:

Descrição Técnica:

Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg/Fa Ev

Dose/Intervalo/Via: 1 FA 12/12 h IV

Horários: 12

20

06

D. P. T. S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DESF

2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

1 FA 6/6 h IV

12

18

24

06

2.º S

D02/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

Ord. Intervalo: 1x ao dia

Horários: 12

Material:

Duração: 01 12:00

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Recomendações

JEJEM SALINIZADO

Intervalo:

Horários:

MANTENDO

SSW + CCGG

ROTINA

João Ricardo A. de Alencar
Traumato
CRM 5244

Carolina

me F.O.

A

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-55

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

CONFIRMAÇÃO
CONFERE LOMO
ORIGINAL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Roginaldo Frutuoso Braga

DATA: 01/02/18 POSTO: 04 LEITO: 405.2

CONVÊNIO: brac

TURNNO: ut

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações: As 18:00 h paci segue rotinal no litto

Antônia Claudine Barbosa

UNICLINIC 201202123 TE

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome:

Observações:

TURNNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Antônia Claudine Barbosa
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Antônia Claudine Barbosa
COREN: 05001202123 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data-Nascto:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO
- Mantém Curativo de Perna (D) + Crepom com Kollagenase (sutura preservada sem flogose), irá realizar limpeza cirúrgica
- Realizado curativo em FO convencional
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorrencias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
Enfermeiro
RNF-CE 454358

Rafael Nogueira Abrante

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



União de Clínicas do Ceará Ltda
 Prescrição Eletrônica Paciente



1722117

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 19d

Atendimento: 1.363.200
 Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Prontuário: 424.339

405-2

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Data Presc.: 02/02/2018 12:00:00

Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta: Zero

Observação

Descrição Técnica

Zero

Medicamentos

Cetoprofeno 100mg Fa Ev

Dose / Intervalo / Via: 1 FA 12/12h IV

Horários: 20

08

D P E
 8° S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

1 FA 6/6 h IV

12

18

24

08

12

3° S

D03/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Médico

EM PERNA D COM ATADURA + IFRUXOL

2 Curativo da F.O

Recomendações

JELCO SALINIZADO

SSVV + CCGG

Qtd. Intervalo

Horários

Material

Data/hora

1x ao dia

12

02:12:00

1x ao dia

12

02:12:00

Intervalo

Horários

MANTENDO

ROTINA

Zero após 22h

Dr. J. R. (Assinatura)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

COPIA NÃO TEM VALOR ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo F. Soares

DATA: 02/02/2018

POSTO: 4

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: Amé

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações:

17:00h Remoção punção periférica
com Afic no 22 terminal de oxigenação
mao esquerda

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018

Nome: _____

Assinatura e COREN: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações:

05:45h Saída para
avulsão no pedicelo
o cirurgica

05:59 paciente no pré-operatório

Ca 08:30 a 8:45h realizada ao

DUNICLINIC
ENFERMAGEM
ORIGINAL

Assinatura e COREN: _____

Paciente:	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento:	1.363.200
Data Nascto:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário:	424.339
Sexo:	Masculino	Dt. Entrada:	26/01/2018 17:33:06
Telefone:	987495857	Convênio:	ISSEC ENFERMARIA
Leito:	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
02/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PO FT DE OMBRO (D) + PRE OP DE PERNA (D) (LIMPEZA)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado curativo em FO convencional
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura + kollagen am
- (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
Enfermeiro
CQREN-CE 454350

Rafael Abrante
Enf.
CQREN-CE 454350

Rafael Nogueira Abrante /



CONFERE COMO ORIGINAL

UNICOM
CONFERENCIADO
ORIGINAL

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

Nome do Paciente: Regina Maria de Jesus Bessa At: L. 363 200
 Data: 03/02/18 Leito: 405-2 Convênio: Uniclinic
 TIO Cirurgião Extensas perimetria peri- Início: 05:30 Término: 07:00
 mentes

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	
Abjocath N°	unid		Latéx	unid	01	Fio Ethibond N°	unid		
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid		
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N° 11	unid	01	Fio de Aço N°	unid		
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid		
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid		
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut Simples N°	unid		
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	010	Catgut Cromado N°	unid		
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	02	Capofyl	unid		
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Capofyl	unid		
Agulha 40x12	unid	01	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid		
Algodão Hidrófilo	gr		Máscara	unid	05	Monocryl	unid		
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid		
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm	50	Mononylon 3.0	unid	02	
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid		
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	pares	06	Mononylon 5.0	unid		
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid		Mononylon 6.0	unid		
Atadura de Crepon	10cm		Ralo X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid		
Atadura de Crepon	15cm		Seringa 01 cc	unid		Vicryl Rapid	unid		
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid		
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid	01	Pelycot N°	unid		
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid		Polycot N°	unid		
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid		Prolene N°	unid		
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid		
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid		
Avental Descartável	unid		Sonda de Folley N°	unid		Seda N°	unid		
Azul de Metileno	unid		Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl Plus	unid		
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid		
Bolsa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid		
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid		
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid		
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid		
Campo Impermeável Descar	unid	01	Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid		
Caneta de Bisturi	unid		Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid		
Cera para Osso	unid		Tipóla Descartável	unid		Vicryl 5.0	unid		
Compressa Grande	unid	10	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr		
Clorexidina Degermante	ml	180	Trocater N°	unid		Co2	Dur		
Clorexidina Alcoólica	ml		TAXAS				Nitrogênio	Dur	
Clorexidina Aquosa	ml	180	Aspirador			Agulha de Veres	unid		
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico			MATERIAL FORNECEDOR			
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico						
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio						
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia						
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem						
Dreno de Toráx N°	unid		Tx. Ureterorreno						
Equipo	unid		Tx. Ureterotripsor						
Espadrappo	cm	30	OUTROS						
Éter	ml		Coletor de Mucosidade	unid					
Extensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid					
Faixa de Smarch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid					
Formol	ml		Cateter de Hemodialise	unid					
Fio Guia Hidrofílico	unid		Heparina	unid					
Fita Cardíaca	unid		Xilocaina S/V 20 ML	unid					
Gaze 7,5x7,7	unid	60	Xilocaina C/V 20 ML	gr					
Gaze Acolchoada	unid		Xilocaina Gel	unid					
Esteranos 2%	ml		Naropin mg	unid					
Gel Foan	unid		Kollagenase	gr	15				
Gorro	unid	06	Adrenalina	unid					
Diprosan	unid		Oximetazolina	Fr					

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Dr. Vinícius Monte Tenório
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-CE 11957 TE013004

CIRURGIÃO: V. Monte
Anestesiista: mauro
Aux 1: J. Ricardo

Aux 2:
Aux 3:

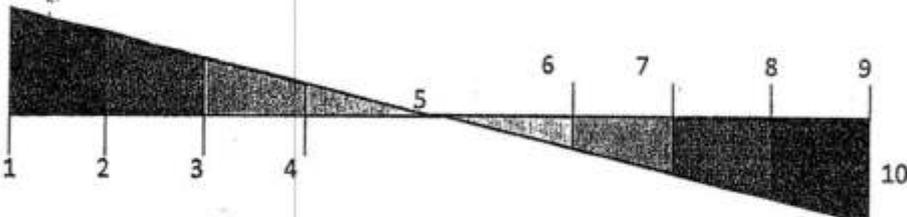
INSTRUMENTADOR: Cosmo
CIRCULANTE: Kadija



NOME: Reginaldo Freitas
 PRONTUÁRIO: 424339
 ATENDIMENTO: 1363200
 DATA DE NASC: 13.04.88
 DATA ADMISSÃO: 03/02/18
 HORA ADMISSÃO: 04:10

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO () OUTRAS: _____
 () IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS: _____



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1 APÓS UMA HORA: 1 ESCORE NA ALTA: 1

SUGESTÕES DA ANESTESIA



ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	1	2	2	2									
P	2	2	2	2									
C	1	1	2	2									
R	2	2	2	2									
S	1	2	2	2									
T	7	8	8	9									

INTERCORRÊNCIAS

- () HIPERTENSÃO () CEFALEIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
 () HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELIRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
 () TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESIAS
 () BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
 () PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

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

Dr. Evaldo Diógenes - Anestesiologista
Dr. Ricardo - Cirurgião
Dr. Marcelo - Anestesiologista

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

- () PANTOZOL () DIPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PRASIL () LORAX
 () CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
 () HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 08:30

PA: _____ FC: 64

SpO₂: 98

() APARTAMENTO

() UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO) _____ ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

Dr. Evaldo Diógenes
 Médico Anestesiologista
 CREMEC 10169



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
 Prescrição Eletrônica Paciente



1722884

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Data Nascido: 13/04/1988 29a Sm 21d
 Data Estada: 28/01/2018 17:33:05

Atendimento: 1.363.200
 Convênio: ISSEC / ENFERMARIA
 Data Presc: 03/02/2018 12:00:00

Pontuação: 424,339

405-2

Médico-Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
Zero				

Medicamentos	Dose	Intervalo/Via	Horarios	D	P	E
1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev	1 FA	12/12 h	IV	20	08	9° S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

2 Gefalotina 1g Po Fa Ev	1 FA	6/6 h	IV	10	24	06
--------------------------	------	-------	----	----	----	----

D04						
SEPARAR 1 FA EM 18 AD						
INICIO:31/01						

Procedimentos/Serviços	Cód.	Intervalo	Horarios	Materiai	Data/Hora
------------------------	------	-----------	----------	----------	-----------

1 Curativo Medico			1x ao dia		03 12:00
EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL					

2 Curativo da F.O			1x ao dia		03 12:00
-------------------	--	--	-----------	--	----------

Recomendações	Intervalo	Horarios
JEL-00 SALENIZADO		MANTENDO
SSW + CCGG		ROTINA

Handwritten notes:
 Dose para marcar

Dr. Victor Monte Tenório
 Cirurgião da Cabeça e Pescoço
 CRM CE 11967 TEPD 13604

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Rafael de Freitas Gomes

DATA: 03/02/18

POSTO: 04

LEITO: 405 B

CONVÊNIO: Meic

TURNO: wt

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

CVP Local

RESPIRAÇÃO: _____

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

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

DIETA: _____

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

() Zero Para: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

CVP () Local

RESPIRAÇÃO: _____

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

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

DIETA: _____

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

() Zero Para: _____

Observações: As 08:40 do Paciente recebeu fisioterapia SA e.c.

Antonio Carlos de Sá
FIZIOTERAPEUTA SA
Tec. Enfermagem
Coren ce 1028587

As 18:00 h parte segue rotulada na sala de espera da equipe de enfermagem.

COMPREV SEGURADORA
E PREVIDÊNCIA S/A

REC. 26 MAR 2018

Observações: _____

Nome: _____

Assinatura e COREN: _____

Antonia Clotilde Barbosa
COREN: 1202125 - R

Assinatura e COREN: _____

Paciente: **Reginaldo Freitas Bessa**
 Data Nasc: 13/04/1988 29 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 987495857
 Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: 1.363.200
 Prontuário: 424.339
 Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
 Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: **Reginaldo Freitas Bessa**
 Enfermeiro(a): **Rafael Nogueira Abrante** Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
 HD: PO FT DE OMBRO (D) + PO DE PERNA (D) (LIMPEZA)

#COMORBIDADES: NEGA
 #ALERGIAS: NEGA

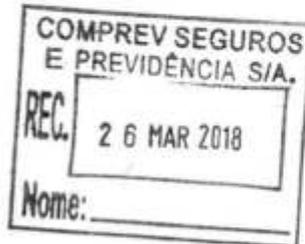
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- **Realizado curativo em FO convencional**
- **Mantém curativo em Perna (D) integro**
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 424339

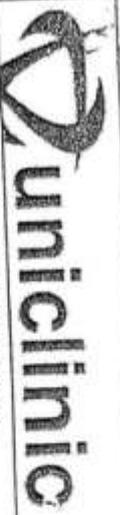
Rafael Nogueira Abrante /

Em tempo ...
 Realizado procedimento de Limpeza em Perna (D) no período



Rafael Abrante
 Enfermeiro
 424339

UNICLINIC
 COM SEU CÓDIGO ORIGINAL



Bo de Clinicas do Ceara Ltda
 Prescrição Eletrônica Paciente

1723415
 405-2

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nasco: 13/04/1988 29a 9m 21d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp: Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200
 Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Pontuação: 424.339

Data Presc.: 04/02/2018 12:00:00

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descarga Técnica	D	P	E
-------	------	-----------	------------	------------------	---	---	---

Medicamentos: Cetoprofeno 100mg Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF
 2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

D05/
 SEPARAR 1 FA EM 18 AD
 INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços: 1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

2 Curativo da F.O

Recomendações: JELCO SALINIZADO

SSVV + CCGG

Suchwas
elha hnhahc

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome:

[Handwritten signature]



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Roginaldo F. Rebelo Brito

DATA: 04/10/2018

POSTO: 4

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: 1556C

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações: Sala de Alta Hospitalar às 12:30h Alta

Observações:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA STA.

REC. 26 MAR 2018
Name: _____

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN: _____

Assinatura e COREN: _____



NOME DO PACIENTE: <i>Reginaldo Freitas Bessc</i>		CREDENCIAMENTO:	
ENF./APTO:	LEITO:	MÉDICO ADMITENTE:	MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

*26/01 paciente internado
p/ frax. lombar*

*Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53*

27/01 para exames

COMPANHIA DE SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC: 2-0 MAR 2018
Nome:

*Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53*

ORIGINAL

*28/01 para o alt
híper*

*Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53*



ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Rinaldo Freitas Sousa Data: 29/01/18 Leito: 405.2
 Convênio: Sme Cirurgião: _____
 Nº Atendimento: 4.363.200 Cirurgia: _____

ATIVIDADE	SIM/ESPEC	NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO	
Jejum	Data: hora:				
Reserva de sangue					
Lavagem intestinal	Hora: Evac ()				
Banho pré operatório	Hora:				
Acesso venoso					
Ficha pré anestésica preenchida					
Medicação pré anestésica					
ECG					
Exames laboratoriais			✓		
Raio X/ Imagens					
Retirada de prótese dentária/ lentes					
Retirada de adornos/esmalte de unha					
Alergias	<u>nua</u>				

Encaminhado por: _____ Hora: _____ Recebido por: _____ Hora: _____
 Medicamentos em uso: _____ Transportado em: (✓) Maca () Cadeira () Deambulando
 PA: _____ mmHg; Pulso: _____ bpm; T: _____ °C; SpO2: _____ % Dor: _____
 0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Admissão no Centro Cirúrgico

Funcionário: _____ Coren: _____

Trans-Operatório

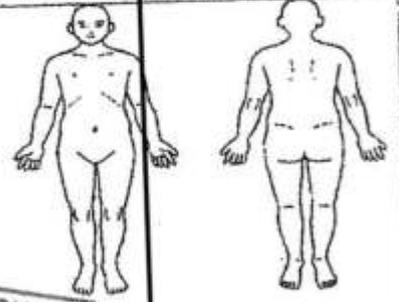
Sala	Circulante	Instrumentadora	Anestesia	Início	Término
() Raio X/ Imagens			() Material p/ anátomo-patológico	Discriminar:	
() Tricotomia Hora: _____ Região: _____			() Material p/ laboratório	Discriminar:	
() Hemotransusão					
() Ex. laboratoriais					
() ECG					

Cirurgia realizada:

Posição do paciente na mesa cirúrgica:
 () DD () LD () LE () GINECOLÓGICA
 () Outras: _____

Preparo da pele:
 () Clorexidina degermante () PVPI tópico
 () Clorexidina alcoólica () PVPI degermante

- Legenda:
- ▲ Placa de bisturi
 - Monitorização Cardíaca
 - ✂ Incisão Cirúrgica
 - Garrote Pneumático/ Faixa de Smarch
 - ▼ Punção venosa



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)



NOME DO PACIENTE:

Requinaldo Freitas

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO.:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

212 Aguardo cirurgia
de hipofisário

030218 Transferido
a hipofisário

0402 alta hipofisário

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.066.400-53

Dr. Victor Manoel Teodoro
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CRM 11887
TEC 7804

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.066.400-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Encaminhado com:			Outros:
<input type="checkbox"/> Venoclise	<input type="checkbox"/> Intubação	<input type="checkbox"/> SVD	
<input type="checkbox"/> Dreno	<input type="checkbox"/> SNG/SNE	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	

Informações adicionais:

Enfermeiro: _____ Data: _____ Hora: _____

COMPREV SEGUROS
 COMPETE COM O ORIGINAL

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)

Encaminhado com:			Outros:
<input type="checkbox"/> Venoclise	<input type="checkbox"/> Intubação	<input type="checkbox"/> SVD	
<input type="checkbox"/> Dreno	<input type="checkbox"/> SNG/SNE	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	

Informações adicionais:

Enfermeiro: _____	Data: _____	Hora: _____
-------------------	-------------	-------------

COMPANHIA
 DE SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A
 [Handwritten signature]

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)



BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: Reginaldo Freitas
 Letto: 04052

Unidade / Serviço: 1004
 Admissão: 26/01/18

DIA	HORA	Temp. Pulso p/ min. (BPM)	RESP.	Pressão Arterial		DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
				Max.	Min.			
26	11/18	36,70	20	120	80			<i>[Signature]</i>
27	11/18	36,85	20	120	80			<i>[Signature]</i>
27	01/18	36,6/80	20	120	70			Francisco
27	10/18	36,180	20	120	80			Len
27	10/18	36,80	20	120	80			Len
28	10/18	35,81	20	110	70			Francisco
28	01/18	36,180	20	110	80			Francisco
28	11/18	36,180	20	120	80			Francisco
28	11/18	36,70	20	120	80			<i>[Signature]</i>
29	11/18	36,85	20	120	70			<i>[Signature]</i>
29	10/18	36,80	20	120	70			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29	10/18	36,5 80	20	120	60			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29	10/18	36,2/78	18	120	70			<i>[Signature]</i>
30	10/18	36,2/78	18	120	80			<i>[Signature]</i>
30	10/18	36,80	20	110	60			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
30	11/18	36,49	20	120	70			<i>[Signature]</i>
31	11/18	36,85	18	120	80			<i>[Signature]</i>
31	11/18	36,6 80	19	120	80			<i>[Signature]</i>
31	11/18	36,2 79	20	110	80			<i>[Signature]</i>
31	11/18	36,5 82	19	110	70			<i>[Signature]</i>
01	12/18	36,80	20	120	80			<i>[Signature]</i>
01	12/18	36,80	20	120	60			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
01	10/18	36,78	18	100	70			<i>[Signature]</i>
01	10/18	36,70	20	120	80			<i>[Signature]</i>
02	10/18	36,82	19	120	80			<i>[Signature]</i>
02	02/18	36,4 80	20	120	80			<i>[Signature]</i>
02	02/18	36,2 78	20	130	80			<i>[Signature]</i>
02	10/18	36,80	20	120	80			<i>[Signature]</i>
03	02/18	36,78	20	110	80			<i>[Signature]</i>
03	10/18	36,80	20	110	70			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
03	10/18	36,80	19	120	80			<i>[Signature]</i>

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA SIA.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____



Nome do Paciente: Roginaldo Freitas Rosa Data: 30/01/18 Leito: 405-2
 Convênio: Unic Cirurgião: José Ricardo
 Nº Atendimento: 1.363.200 Cirurgia:

ATIVIDADE	SIM/ESPEC	NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO	
Jejum	Data: <u>30</u> hora: <u>06</u>				
Reserva de sangue		<input checked="" type="checkbox"/>			
Lavagem intestinal	Hora: Evac ()	<input checked="" type="checkbox"/>			
Banho pré operatório	Hora:				
Acesso venoso					
Ficha pré anestésica preenchida		<input checked="" type="checkbox"/>			
Medicação pré anestésica		<input checked="" type="checkbox"/>			
ECG		<input checked="" type="checkbox"/>			
Exames laboratoriais					
Raio X/ Imagens	<u>Sistema</u>				
Retirada de prótese dentária/ lentes	<u>sim</u>				
Retirada de adornos/esmalte de unha	<u>sim</u>				
Alergias	<u>NS</u>				

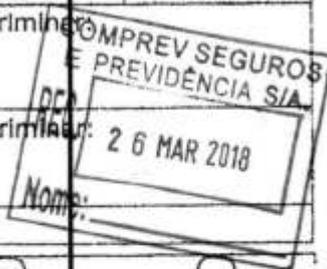
Encaminhado por: _____ Hora: _____ Recebido por: José Ricardo Hora: 15:35
 Medicamentos em uso: _____ Transportado em: () Maca () Cadeira () Deambulando
 PA: 110x60 mmhg; Pulso: 36 bpm; T: 36 °C; SpO2: 98 %; Dor: 0
 0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Admissão no Centro Cirúrgico
DS 15:35 PACT DO SPO
Yoko Ebita
altura - 1m 68cm
 Funcionário: José Ricardo Coren: _____

Trans - Operatório

Sala	Circulante	Instrumentadora	Anestesia	Início	Término
() Raio X/ Imagens			() Material p/ anátomo-patológico	Discriminador	
() Tricotomia Hora: _____ Região: _____			() Material p/ laboratório	Discriminador	
() Hemotransfusão					
() Ex. laboratoriais					
() ECG					

Cirurgia realizada: brut o m



Posição do paciente na mesa cirúrgica:
 () DD () LD () LE () GINECOLÓGICA
 () Outras: _____

Preparo da pele:
 (X) Clorexidina degermante () PVPI tópico
 (X) Clorexidina alcoólica () PVPI degermante

Legenda:
 ▲ Placa de bisturi
 ● Monitorização Cardíaca
 ✂ Incisão Cirúrgica
 ■ Garrote Pneumático/
 Faixa de Smarch
 ▼ Punção venosa

035 Pacient orientado SK

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)

[Signature]



uniclinic

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Roginaldo Freitas Bessa
 Convênio: ISSEC
 Nº Atendimento: 1363.200 Cirurgião: _____
 Data: 03/02/18 Leito: 405-2
 Cirurgia: _____

ATIVIDADE	SIM/ESPEC		NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO
	Data:	hora:			
Jejum					
Reserva de sangue					
Lavagem intestinal					
Banho pré operatório					
Acesso venoso					
Ficha pré anestésica preenchida					
Medicação pré anestésica					
ECC					
Exames laboratoriais					
Raio X / Imagens					
Retirada de prótese dentária / lentes					
Retirada de adornos / esmalte de unha					
Alergias					

Encaminhado por: _____ Hora: _____ Recebido por: Valmiriani Hora: 05:59
 Medicamentos em uso: _____ Transportado em: () Maca () Cadeira () Deambulando
 PA: _____ mmHg; Pulso: _____ bpm; T: _____ °C; SpO2: _____ %; Dor: _____
 0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Admissão no Centro Cirúrgico
 Os 05:59 paciente no pré-operatório

Trans-Operatório Funcionário: _____
 Saia 07 Circulante Berliane Instrumentadora Mirkaella Anestesia Ragus Coren: _____
 Raio X / Imagens Hora: _____ Região: _____
 Triotomia Material p/ anátomo-patológico Início Término
 Hemotransusão Material p/ laboratório Discriminar: _____
 Ex. laboratoriais Discriminar: _____
 ECG

Cirurgia realizada: Debridamento perna D
 Posição do paciente na mesa cirúrgica:
 DD () LD () LE () GINECOLÓGICA
 Outras: _____

Preparo da pele:
 Clorexidina degermante PVPI tópico
 Clorexidina alcoólica PVPI degermante

- Legenda:
- Placa de bisturi
 - Monitorização Cardíaca
 - Incisão Cirúrgica
 - Garrote Pneumático/ Faixa de Smarch
 - Punção venosa



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

SETOR D NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC

FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL- AVALIAÇÃO INICIAL

PACIENTE: Reginaldo Inácio Bezerra SEXO: M IDADE: 29
DATA ADMISSÃO: 26/01/18 POSTO/LEITO: 4021-2 DATA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL 27/01/18
Diagnóstico: Pai - op FT de Gumbão D

A – Anamnese

1. Peso Corpóreo

- (1) Mudou nos últimos 6 meses () sim () não
- (1) Continua perdendo peso atualmente () sim () não
- Total Parcial de Pontos 0

2. Dieta

- (1) Mudança de dieta () sim () não
- A mudança foi para:
- (1) () dieta hipocalórica
- (2) () dieta pastosa hipocalórica
- (2) () dieta líquida >15 dias ou solução de infusão intravenosa >5 dias
- (3) () jejum >5 dias
- (2) () mudança persistente >30 dias
- Total Parcial de Pontos 02

3. Sintomas gastrointestinais (persistentes por mais de duas semanas)

- (1) () disfagia
- (1) () náuseas
- (1) () vômitos
- (1) () diarreia
- (2) () anorexia, distensão abdominal, dor abdominal
- Total Parcial dos Pontos 0

4. Capacidade funcional física (por mais de duas semanas)

- (1) () abaixo do normal
- (2) () acamado
- Total Parcial de Pontos 01

5. Diagnóstico

- (1) () baixo estresse
- (2) () moderado estresse
- (3) () alto estresse
- Total Parcial de Pontos 02

B – Exame Físico

- (0) normal
- (+1) leve ou moderadamente depletado
- (+2) gravemente depletado
- () perda de gordura subcutânea
- () músculo estriado
- () edema sacral
- () ascite
- () edema tornozelo
- Total Parcial de Pontos 0
- Somatório do Total Parcial dos Pontos 05

C – Categoria da ANSG

- Bem nutrido <17 pontos
- Desnutrição moderada 17 <22 pontos
- Desnutrição grave >22 pontos

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: Bem Nutrido
NUTRICIONISTA: _____

UNICLINIC
COMPRE SEU ORIGINAL :)

Aimée Vitoria Alexandri
Nutricionista
CRN-6 14151

REC. COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA
26 MAR 2018
Nome: _____

SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC
FICHA DE ANAMNESE(CAN)

 PACIENTE: Reginaldo Freitas Bezerra SEXO: M
 IDADE: 24 DIAGNOSTICO: Pne-mo FT de Gumbou D
 DATA AVALIAÇÃO: 27 / 01 / 18 DATA DE REAVALIAÇÃO 16 / 02 / 18
 PRESCRIÇÃO DA DIETA EM PRONTUÁRIO: Leve
 PACIENTE EM ISOLAMENTO DE CONTATO () SIM () NÃO

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	DATA	DIAGNOSTICO
PESO ATUAL	74 kg	
PESO USUAL	-	
PESO IDEAL	62,09 kg	
PESO CORRIGIDO		
ALTURA	1,68 m	
ESTIMATIVA DE ALTURA	-	
AJ – ALTURA JOELHO	49 cm	
IMC DESEJAVEL	18,5 – 24,99	
IMC ATUAL	26,22	Subnutrido
CB	32 cm	
ADEQUAÇÃO DA CB%	101%	Eutrofia

DADOS BIOQUÍMICOS

DADOS BIOQUÍMICOS	DATA	DIAGNOSTICO
Hematócrito	-	
Hemoglobina	-	
Albumina	-	
Contagem de linfócitos	-	

 Hábito intestinal: () Diário () Até 3 dias () Mais 3 dias () Outro _____
 - Consistência das fezes: () Normal () Amolecidas () Duras _____
 Diurese (Quantidade/Coloração): Normal
 Possui alguma patologia associada? () NÃO () SIM
 () DM () HA () CA () Dislipidemia () Obesidade () Magreza () Outros: _____
 Problema de mastigação/deglutição ? () SIM () NÃO PORQUE ?

 Intolerâncias e/ ou alergias alimentares: leite

 UNICLINIC
 CONFERE COMO ORIGINAL


Uniclinic

Unidade do Fluxo

Atento que o
reterido dentro

foi operado de

fratura do cotovelo
veio a ser tratado
estando de alta
de forma a, a entrada
com do médico.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 25 ABR 2018

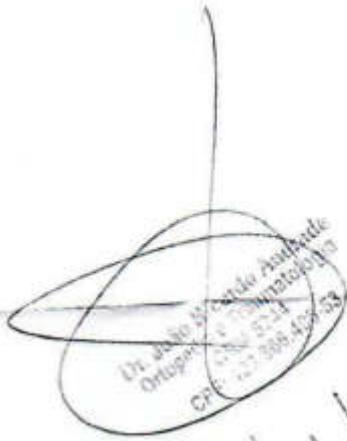
Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

[Handwritten signature]
Carla J. de Aguiar
Coordenadora de Atendimento
11.308.375/23

dois do flexão e
extensão


Dr. João Marcelo Andrade
Ortopedista e Traumatologista
CRM 123.388.456-33

20/4/18

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC 25 ABR 2018

Uniclinic

Unidade do Fluxo

Atento que o
referido ferido

foi operado de

fratura do colar
velho e met. mobil
estando de alta
de definitiva, a links
com de mobilidade.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
REC. REC. 10 MAI 2018

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

[Handwritten signature]
M. J. ...
...
... 3311.6000

dr de flexão e
extensão

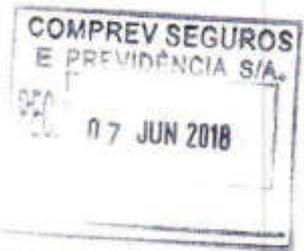
Dr. João Marcelo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 125.386-4/SP

20/4/18.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA
DATA
REC. 10 MAI 2018

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20



RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

REGINALDO FERREIS BISES

vítima de acidente de trânsito, em 25/01/18, sofreu:

lesões extensas do TIBIA lesões de Monte Molis.

luxação acromioclavicular D
C10 - S 93.1

e submeteu-se a tratamento(s):

Amputação cirúrgica do punho direito
plano e C10/11
do TIBIA acromioclavicular D.
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, Articulação
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Cicatrizes no punho direito
Edema frequente, dor. Função
do membro diminuída.

Cicatrizes no antebraço no membro
clavicular direito.

Dificuldade de movimentos do
membro, limitação notável de
intensão e elasticidade do membro.

Dificuldade de movimentos -
Prejuízo funcionalmente
para a realização de funções

06/06/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

CREMEC 4411
Dr. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 REGINALDO FREITAS BESSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2002010115762 SSP CE

CPF 024.438.243-30 DATA NASCIMENTO 13/04/1988

FAMILIA
 VANDERLEY FREITAS BESSA
 ANA LUCIA DA COSTA BESSA

PERMISSAO ACC CATEGORIA
 AB

N° PROTOCO 04434792362 VALIDADE 24/02/2018 1ª HABILITACAO 20/08/2008

OBRIGACAOES

Reginaldo Freitas Bessa
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NATAL, RN DATA EMISSAO 26/02/2013

ASSINATURA DO EMISOR 46784624664 RN701702427

DE TRAN. RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 689846475

PROIBIDO PLASTIFICAR 689846475

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

REGINALDO FREITAS BESSA : 024.438.243-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF/CNPJ: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/04/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/05/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

BRASIL

Serviços Barra GovBr

*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2225261/2018

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

10/05/2018 10:52:25

*Dados do reclamante***Segurado:**

REGINALDO FREITAS BESSA

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

024.438.243-30

*Formas de contato***E-mail:**

iraneide15@hotmail.com

Celular:

(85) 98685-3187

Endereço:

rua do rosario 77

Bairro:

CENTRO

CEP:

60.055-090

Cidade:

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

VENHO POR MEIO DESTA REGISTRAR MINHA DENUNCIA A SEGURADORA LÍDER RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT, HÁ MAIS DE 1 (UM) ENVIEI TODA DOCUMENTAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO, MAS A SEGURADORA LÍDER CONTINUAR A COBRAR A DOCUMENTAÇÃO ABUSIVA NO INTUITO DE PROTETAR O RECEBIMENTO DA MINHA INDENIZAÇÃO, PEÇO QUE SEJA APURADO ESTAS EXIGÊNCIAS ABUSIVAS, POIS JÁ ME ENCONTRO DE ALTA DEFINITIVA CONFORME DOCUMENTO ANEXO.SOLICITO QUE DEEM ANDAMENTO AO MEU PROCESSO AGENDANDO MINHA PERICIA MÉDICA.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

Tipo	Número
------	--------



Encaminhamentos	Atendente	Data
<p>E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a),</p> <p>Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.</p> <p>Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à</p>		10/05/2018 10:52:25

10/05/2018

Faça aqui sua Reclamação — SUSEP

Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/06/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do acidente: 25/01/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO, NO MOMENTO. SOLICITO AINDA APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, EXAMES DE IMAGEM, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do acidente: 25/01/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ENCAMINHAR O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, FOLHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE, CONTROLE COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do acidente: 25/01/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL EM CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do acidente: 25/01/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NO OMBRO, DEFORMIDADE ACRÔMIO-CLAVICULAR E MODERADA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REPARAÇÃO DE LIGAMENTOS. SUBMETIDO A IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fernando Rabelo da Silva

CRM do médico: 3630

UF do CRM do médico: CE

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180138461**

Nome do(a) Examinado(a): **REGINALDO FREITAS BESSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Tailândia, 100, ap 01 - Parque Genibaú - Fortaleza - CE - CEP 60534-670

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2002010115762**

Data e local do acidente: [**25/01/2018**] **FORTALEZA, CE.**

Data e local do exame: [**17/05/2018**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REPARAÇÃO DE LIGAMENTOS. SUBMETIDO A IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NO OMBRO, DEFORMIDADE ACRÔMIO-CLAVICULAR E MODERADA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

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

[] Sim [] Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

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

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: REGINALDO FREITAS BESSA

Nº Sinistro: 3180138461

Vitima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do Acidente: 25/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180138461**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12580492



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Nº Sinistro: **3180138461**
Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Nº Sinistro: **3180138461**
Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

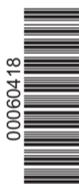
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Sinistro: **3180138461**
Vítima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180138461** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta nº: 12873107

A/C: REGINALDO FREITAS BESSA

Nº Sinistro: 3180138461
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
Data do Acidente: 25/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000625-4**

Conta: **0000026517-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Nº Sinistro: **3180138461**
Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12989901



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o crédito de indenizar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

REC. 26 MAR 2018
Nome: *[Assinatura]*

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima
024.438.243-30

Nome completo da vítima
Reginaldo Freitas Bessa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Reginaldo Freitas Bessa		CPF titular da conta 024.438.243-30	Profissão Autônomo
Endereço Rua Tailândia		Número 100	Complemento APO1
Bairro Parque Genibau	Cidade Fortaleza	Estado CE	CEP 60534670
Email		Telefone (DDD)	185987249-5857

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: Bradesco NRO: []

AGÊNCIA NRO: 0625 DIV: 4 CONTA NRO: 0026517 DIV: 9

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a liberação do pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. O reconhecimento e dou plena quitação do valor indenizado.

REC. 26 MAR 2018
Nome: *[Assinatura]*

Fortaleza, 22 de Março de 2018
Local e Data

Reginaldo Freitas Bessa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome: _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **20/03/2018 11:01:46**
 Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2018 06:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL JOAQUIM FRANKLIN**
 Complemento:
 Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX. AO POSTO DE SAUDE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Nascimento: **13/04/1988** CPF:

RG: **308772-2-5** Orgão Emissor: **PM**

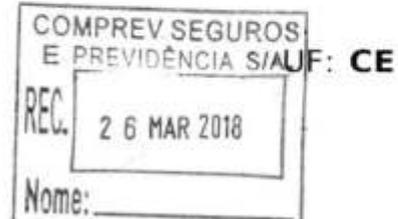
Filiação: **ANA LUCIA DA COSTA BESSA**
VANDERLEY FREITAS BESSA

Endereço: **RUA TAILANDIA, 100 APT.01**

Bairro: **GENIBAU**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**



CEP: **60.534-670**

Telefone: **(85) 98749-5857**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUO9225 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4110AR544191 Renavam: 229015050 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº04434792362, CATEGORIA "AB", DETRAN/CE, QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA NUO-9225/CE, QUE TRAFEGAVA PELA RUA CORONEL JOAQUIM FRANKLIN, SENTIDO CENTRO, QUANDO O CARRO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO DA VIA, REALIZOU UM DESLOCAMENTO DA FAIXA PARA A ESQUERDA E COLIDIU NA MOTO PILOTADA PELA VITIMA, QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DA PM QUE PASSAVA NO LOCAL E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE ANTÔNIO BEZERRA. AFIRMA A VITIMA QUE O CARRO CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL. E NADA MAIS DISSE.//
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Reginaldo Freitas Bessa



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

Reginaldo Freitas Bessa

[Large handwritten signature]

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Reginaldo Freitas Borne

CPF da Vítima

024.438.243-30

Data do Acidente

25/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(21) 996537147

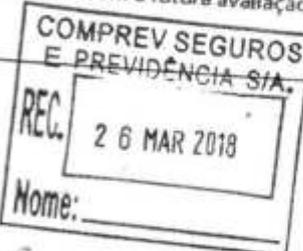
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Fortaleza, 22 de Março de 2018
Local e Data

Reginaldo Freitas Borne
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE REGINALDO FREITAS BESSA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 155295	Nº DO BE 192442
CADSUS		NASCIMENTO 13/04/1988(29 ANOS)	SEXO M	RAÇA/COR PARDO	
NOME MÃE ANA LUCIA DA COSTA BESSA		NOME RESPONSÁVEL O MESMO		UF CE	
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBÁU		MUNICÍPIO FORTALEZA		CEP 60.534-670	
CONTATO (85)99815-6935		OCORRÊNCIA			

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
QUEDA SIC PACIENTE TEVE COLISAO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
SINTOMAS NI		SINAIS VITAIS		GLUCEMIA NI	

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLUCEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES		DATA E HORA DA CLASSIF. 25/01/2018 08:0
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		ÁREA ATENDIMENTO		

ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO CIRÚRGICO	ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO MÉDICO
---	--

ANAMNESE
 Paciente vítima acidente de moto há 52h. VIM. Perim. Perim. Suav. Fc=86; pulso cheio; ECG 15; relato em um omado D. Lesas com lesa em perim. cl. Rx torax e omado D.
 - SURTA

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
SADY SOLICITADO: <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> OUTROS		

PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
MEDICAMENTO			
<i># Injec. atropina</i>			
<i>luxo de punho - direito e esquerdo</i>			
<i>30/106 0/100</i>			

TIPO DE ALTA/SAÍDA	ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS
ALTA/SAÍDA: <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL	

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 25/01/2018 às 08:01:15
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 2º Penal.

SAUJIA Geral

- Mentando surta e em surta de lesao D.

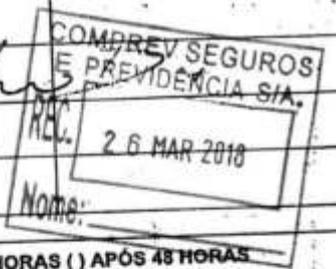
cl. Alta da camera geral

REGINALDO FREITAS BESSA

HOSPITAL DISTRITAL DE EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Rogério Aguiar Ximenes
 Médico
 CRM: 6919

Marcia Ramos
 Mat. 45632
 Coordenador do SAME - HDEAM



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE REGINALDO FREITAS BESSA		Nº DO PRONTUÁRIO 155295	Nº DO BILHETE 192442
NOME DA MÃE ANA LUCIA DA COSTA BESSA		NASCIMENTO 13/04/1988(29 ANOS)	SEXO M
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBAÚ		MUNICÍPIO FORTALEZA	
CONTATO (85)99815-6935		UF CE	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA 60.534-670	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
QUEIXA SIC PACIENTE TEVE COLISAO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 25/01/2018 08:01:	

ÁREA DE ATENDIMENTO: **ATENDIMENTO CIRÚRGICO**

ATENDIMENTO MÉDICO

Vacante última acidente de moto há 2h; vim receber lesion. FC=86; pulso cheio; ECG 15; relato em um omado D.; lesões com cd. RX torax e omado D. - surto



DIAGNÓSTICO: _____

SADT SOLICITADO: HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X OUTROS

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i># Iniciar antídoto</i>		
<i>luxão de mãos - dor muito aguda</i>		
<i>301060100</i>		

TIPO DE ALTA/SAÍDA: DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO ÓBITO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IML ANAT. PATOL

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 25/01/2018 às 08:01:15
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Penal.

urgência geral

- Mentando surto e em remissão de lesão D. cd. Alta da camera geral

Dr. Rogério Aguiar Ximenes
Médico
CRM: 6919

REGINALDO FREITAS BESSA

HOSPITAL DISTRITAL DE EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

Atendimento	1.363.184		Prontuário	424339	
Paciente	Reginaldo Freitas Bessa		Idade	29 anos e 10 meses	
Segurado	Reginaldo Freitas Bessa		Fone	987495857	
Convênio	ISSEC		Val. Carteira	26/04/2018	
Plano	ISSEC		Identidade	30877225	
Matricula	00256895000	Cartão Saúde	20251211	Bairro	Genibaú
Endereço	Tailandia, 100 Genibaú casa01		Cidade	Fortaleza	
Complemento	casa01		Sexo	Masculino	

ATENDIMENTO ATUAL

Setor	Emergencia-Pronto Socorro	Medico/C.d	Joao Ricardo Andrade de Alencar
Atendente	Raquel de Sousa Silva Santiago	Data	26/01/2018 - Sexta-feira
Especialidade	Traumatologia	Hora	16:57:50
Classificação	Consulta		

Queixa Principal trauma ombro dir

HDA

Refer "acidente de moto"

PROCEDIMENTO.

DIAGNOSTICO

Intoxicação aguda - álcool
ortosa

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

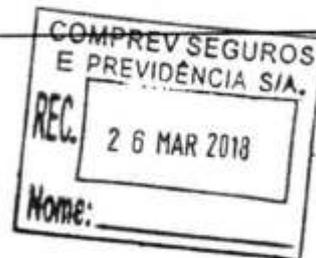
05.867.015/0001-75

UNIÃO DE CLÍNICAS DO CEARÁ LTDA

Av. Aguanambi, 332
Fátima - CEP 60.055-402

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Keddy



AT 1363700

2018/02

ISSEC

RP
19/02/18

Solz 19102118



uniclinic
o hospital da sua vida

Av: Aguanambi Nº 332

Bairro: Fátima

CEP: 60055402

Tel: 3311-6000

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME REGINALDO FREITAS BESSA					<input checked="" type="radio"/> Interno <input type="radio"/> Outras	
CPF 024.438.243-30	RG 2002010145762	IDADE 24	E.CIVIL CASADO	SEXO MASC.		
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA Nº 100 APOI		FONE (85) 8749-5857	BAIRRO GEMBAÚ	DATA DE NASC. 13/04/1988		
CIDADE FORTALEZA	CEP 60534670	UF CEARÁ	NATURALIDADE FORTALEZA			
PAI VANDERLEY FREITAS BESSA		MÃE ANA LÚCIA DA COSTA BESSA				
MÉDICO RESPONSÁVEL DR. JOÃO RICARDO		CRM 5244	DATA INTERNAÇÃO 26/01/2018			

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME		RG	CPF		
PROFISSÃO		PARENTESCO	FONE		
ENDEREÇO		BAIRRO	CIDADE	CEP	UF

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para
 , assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações
 médicas existentes no Prontuário.

Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.

Fortaleza(Ce), DE DE 2018.

Reginaldo Freitas Bessa
PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

JAI ME ARARIPE
SERVIÇO REGISTRAL

CONFÉRMÃO ORIGINAL



JAI ME ARARIPE
Serviço Registral
Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Anilândia Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Matar 144, 4905 - CEP 60256-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3215-1301 - cartoes@seced.com.br

Cód. (85) 3215-1223 - 2 Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de:
REGINALDO FREITAS BESSA
que comparece / a partir deq nesta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 16 de fevereiro de 2018, 11:12:37. Em testemunho da verdade.
SUNIA MARIA DOS SANTOS MAGALHÃES ORNELLI (Esp. Presente)
Total: R\$ 4,03. Funct. 11/11/18



FICHA DE ATENDIMENTO INTERNAÇÃO/PPA

Nome: Reginaldo Freitas Bessa
Matrícula: Reginaldo Freitas Bessa
Estado Civil: Outros
Nome Pai: Vanderley Freitas Bessa
Nascimento: 13/04/1988
Endereço: Tallandia, 100 Genibaú casa01
Bairro: Genibaú
Naturalidade:

Conjuge:
Nome Mãe: Ana Lucia da Costa Bessa
Idade: 29 Anos
Cidade: Fortaleza
Religião:

Admissão: 1.863.200
Nº Prontuário: 424.339
D Internação: 26/01/2018 17:33
Sexo: Masculino
CPF: 02443824330
Identidade: 30877225
Telefone: (85) 987495857
D Entrada: 26/01/2018
D Alta: 04/02/18

Handwritten notes: 04702/18, 05/12/30

Form fields: Acomodação, Enfermaria, Unidade (405-2), Plano de Saúde (Nome, ISSEC, Empresa), GIH, Autorização, Cód. Usuário (00256695000)

Form fields: Responsáveis (Nome, Endereço, RG, CPF of Ana Lucia da Costa Bessa), Parentesco, Telefone 2, 3, 4 (987495857), Telefone 1, Celular, Trabalho

AUDITADO 06/02/18 Kaque

Handwritten notes: Recebido 07/02/18 CA

Handwritten notes: acidente de moto ruja e amonidades ruja atengidos

Form fields: HDA, Diagnóstico Provável, Diagnóstico Definitivo

CONFERE ORIGINAL

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA. REC. 28 MAR 2018

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(a) Reginaldo Freitas Bessa, CPF nº 02443824330, aqui declarado, internado neste nosocômio, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por meu plano de saúde, assim como tenho conhecimento que o Hospital Unioliúncio não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, jóias, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicando em qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a permanência no mesmo.

Handwritten signature: Maria Aline
Responsável pelo Atendimento
Handwritten signature: Mônica Nascimento
Paciente ou Responsável

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

nome: Reginaldo de Brito Riva

DATA: 26/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405.2

CONVÊNIO: haseo

TURNO: not

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações: As 19:00 h parte admitida para o 04

participar da sala de emergência para fazer testes de
energias, fazer teste de valvula medicamentosa.
Seu retorno segue no leito com cuidados
de equipe de enfermagem

Antonia Claudene Barbosa
 COREN-CF 001.202.125 TE

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações: 19:10 h parte laparoscopia

de 90 seg realizada ave, com joles
de 20 seg extensor 20 com exeto.



ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Antonia Claudene Barbosa
 COREN-CF 001.202.125 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Data Internação: 26/01/2018 17:33:05 Entrada na Unidade:

ADMISSÃO UNIDADE

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

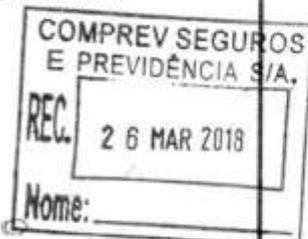
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

Às 19hs paciente admitido proveniente da emergência

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Passou menos de 72 hs internado em outra instituição
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
Enfermeiro
CREN-DE 454350

Rafael Nogueira Abrante /



UNICLINIC
CONVENIO COM
FARMACIA



Uniclinic
Prescrição Eletrônica Paciente



17718661

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascto: 13/04/1988 29a An 13d

Atendimento: 1.363.200
Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Prontuário: 424.339

405-2

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05
Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Data Prescr: 27/01/2018 12:00:00

Dieta(s)	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
Dieta(s) Geral (ou Livre que aceitar)				
dicamentos		Dose / Intervalo / Via	Horários	
Cetoprofeno 100mg Fa Ev		1 FFA 12/12 h IV	3 ^o	
			3 ^o	

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações: JELCO SALINIZADO Intervalo: MANTENDO Horários: ROTINA

SSVV + CCGG

melhor para o ceto

Dr. Joao Ricardo Andrade
Ortopedia Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.885.406-53

Samuel Magalhães da Silva
Ortopedia Traumatologia
CRM 10117 TEST 1255A

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

CONFIRMADO ORIGINAL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

nome: Reginaldo Fausto Barros

DATA: 27/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405-2

TURNNO: MT

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi

SpO₂: _____ %

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100%

SpO₂: _____ %

DIETA:

() VO

() SNE

() SNG

() GTT

() NPT

() Zero Para:

Observações:

Observations table with 15 horizontal lines.

Maria Laura S. de Oliveira
FONE: 081988881

Assinatura e COREN:

TURNNO: SN

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi

SpO₂: _____ %

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100%

SpO₂: _____ %

DIETA:

() VO

() SNE

() SNG

() GTT

() NPT

() Zero Para:

Observações:

Observations table with 15 horizontal lines.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

Handwritten signature and initials

Maria Laura S. de Oliveira
COREN: 081988881

Assinatura e COREN:

Paciente:	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento:	1.363.200
Data Nascto:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário:	424.339
Sexo:	Masculino	Dt. Entrada:	26/01/2018 17:33:05
Telefone:	987495857	Convênio:	ISSEC ENFERMARIA
Leito:	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Nogueira Abrante
Enfermeiro
CPF: 454350

Rafael Nogueira Abrante /



COMPREV SEGUROS
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
28/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Darlene Rodrigues Oliveira	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PRE OP FT DE OMBRO (D)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
 - Mantém autonomia respiratória
 - Dieta VO liberada
 - Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
 - Eliminações presentes
- Cliente não apresenta queixas no período.



Darlene Rodrigues
Enfermeira
COREN CE 455211

DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA COREN:455211

TERMINADO
CONFERE COM O
ORIGINAL



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1719618

Justificado

Paciente **Reginaldo Freitas Bessa**

Data Nascido **13/04/1988** 29a 9m 15d

Data Entrada **26/01/2018 17:33:05**

Médico Resp **Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)**

Atendimento **1.363.200**

Convênio **ISSECT/ENFERMARIA**

Data Prescr. **29/01/2018 12:00:00**

Prontuário **424.339**

405-2

Dieta **al (ou Livre que aceitar)**

Dose / Intervalo / Via

1 FA 12/12 h IV

2x

Horários

08

D. P. E
4° S

Medicamentos **Cetoprofeno 100mg Fa Ev**

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços **1 Curativo Médico**

COM ATADURA

RECOMENDANDO

SSW + CCGG

Intervalo **MANTENDO**

Intervalo **ROTINA**

Dieta zero apr degra

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423866.406-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

UNICLINIC
COMPREV S/A
ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

nome: Reginaldo Junior Rosa

DATA: 29/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405-2

CONVENIO: 1330C

TURNNO: MT

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações: As 18:00 h parti para fazer exame no litto

Antonia Cláudia Helena
COREN-CE 001.202.125 TE

TURNNO: SH

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

CONF. OIBS
CONF. OIBS

Assinatura e COREN:

Antonia Cláudia Helena
COREN-CE 001.202.125 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

- Diagnóstico: Pré Op de fratura de ombro (D)
- Especialidade: Clínica

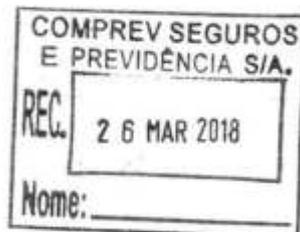
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorencias

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ()

Rafael Abrante
Enfermeiro
COREN/CE 454350

Rafael Nogueira Abrante



UNICLINIC
CENTRO DE
CIRURGIA



Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Data-Nascto: 13/04/1988 29 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 987495857
 Leito: Sala Cirur 01

Atendimento: 1.363.200
 Prontuário: 424.339
 Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
 Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Francisca Ivanuza Carlos Mauricio	COREN 311777

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): IVANUZA MAURICIO

Evolução NOITE

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
 Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- MANTEM Curativo de Perna (D)

MANTEM CURATIVO DA FO



Condutas/Intercorrencias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Ivanuza Mauricio
 Enfermeira
 COREN 311777
 IVANUZA MAURICIO

IMPRESO
 CONTABILIDADE
 01/03/2018
 17:30

Prescrição Eletrônica Paciente



1720281

405-2

Atendimento: 1.363.200
Genéio: ISSEC / ENFERMARIA
Data Presc: 30/01/2018 12:00:00

Prontuário: 424.339

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascimento: 13/04/1988 29a 9m 17d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Diárias: Dose Intervalo Observação

Medicamentos: Dose / Intervalo / Via Horários Descrição Técnica

Medicamento: SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF
Dose / Intervalo / Via: 1 FA 12/12 h IV 20
Horários: 20
Descrição Técnica: D. P. E. S.

Procedimentos/ Serviços: 1 Curativo Medico
COM ATADURA
Intervalo: 1x ao dia
Horários: 1x
Material: 30 12:00

Recomendações: JELCOG SALINIZADO
Intervalo: ROTINA
Horários: MANTENDO

SSW + CCG

Carinha Bessa (1) mais 1 curativo

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

PD

Dose 1 g 1 hora

1 g 1 hora

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

nome: Reginaldo Freitas Riva

DATA: 30/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405.2

TURNO: not

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %
 MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo²: _____ %

DIETA:

VO () SNE () SNG () GTT () NPT
 Zero Para: _____

Observações:

Ab 15:30 h, parte suaminhada. em 15:30 h
o exame linurgico

Antônio Vinícius Vitorino
 COREN: 02.001.202.125-7

COMPANHIA S.A. PREVIDÊNCIA

REC.

26 MAR 2018

Nome:

Ab 22:00 h parte retornar
de e.e.a.

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %
 MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo²: _____ %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT
 Zero Para: _____

Observações:

Ab 22:00 h parte retornar
de e.e.a.

Sociedade de Investimentos
 em Saúde e Bem-Estar
 S.A. - UNICLINIC
 COREN: 02.001.202.125-7

Ab 01:50 h, paciente deite da sr para
olhar para o lado da ou esquerda

Sonia M^{re}. S. Alves
 Gerente de Enfermagem
 Referência em Enfermagem

Assinatura e COREN:

Antônia Maria Pereira Barbosa
 COREN: 02.001.202.125-7

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data-Nascto.	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	405-2		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
30/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

- Diagnóstico: Pré Op de sutura de ombro (D)

- Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta Zero após jejum
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorrelações

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ()
- Solicitado limpeza em procedimento cirúrgico (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 01/11/2018 14:28:33

Rafael Nogueira Abrante

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

[Faint handwritten notes and signatures]

1363200



RELATORIO DE OPERAÇÃO

NOME: *Reginaldo Brito Bessa*
 CLÍNICA: *M. Bessa* | CATEGORIA: | LEITO: *405-2* | PRONTUÁRIO: *474.339*
 DATA: *30/01/18* | CIRURGIÃO: *Rodrigo*
 1º AUXILIAR: *M. Moraes* | 2º AUXILIAR: | 3º AUXILIAR:
 INSTRUMENTADOR: | CIRCULANTE:
 ANESTESISTA: *Dr. ...* | TIPO DE ANESTESIA:
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Lesão crônica do membro superior direito*
 TIPO DE OPERAÇÃO: *Trat de fratura crônica do membro superior direito*
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *O membro superior direito*
 RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:
 EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: *Intervenção de fratura*
 ACIDENTES OU INCIDENTES:
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: *05* T: *10*
 INICIO DA CIRURGIA: *19:00* | TÉRMINO: *20:00* | DURAÇÃO: *1h*
 INICIO DO OXIGÊNIO: *19:00* | TÉRMINO: *20:00* | DURAÇÃO: *1h*

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA SIA.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome:

AUDITADO
 20/10/18
 Eliete

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

1) Devido dor no membro superior direito, foi realizada a cirurgia de fratura crônica do membro superior direito.
 2) Anestesia geral com intubação orotraqueal.
 3) Acesso cirúrgico por via anterior.
 4) Fratura crônica do membro superior direito com deslocamento.
 5) Fixação com placa e parafusos.
 6) Lavagem da ferida com solução fisiológica.
 7) Curativo com gaze e fio de algodão.
 8) Curativo com gaze e fio de algodão.

Dr. Victor Monte Tenorio
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 11967

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO
 Dr. João Ricardo Andrade
 Ortopedia e Traumatologia
 CPF: 423.888.888

NOME DO PACIENTE: Reginaldo Freitas Berra

AP/ENF: LEITO: 405.2 CONVÊNIO: SMC

CIRURGIÃO: D. J. Lima DATA: 20/01/18

IDADE: PESO: ALTURA: SEXO: M PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 18

PA: 120/80 TIPO SANGUINEO: HEMACIAS: HEMOGLOBINA:

HEMATÓCRITO: GLICEMIA: URÉIA:

AP. RESPIRATÓRIO: F-S ASMA: BONQUITE:

AP. CIRCULATÓRIO: ECG:

AP. URINÁRIO: URINA:

AP. DIGESTIVO: DENTES: PESCOÇO:

ALERGIAS:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: lesão Arteriovenal

ANESTESIAS ANTERIORES:

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

PAM:

HORÁRIO: 14:00 - 2:00

Agente Anestésico: *[Handwritten signature]*

Líquidos: sros, hemoderivados e etc.

PULSO	220	
	210	
	200	
	190	
TEMP. -000-	180	
	170	
	160	
	150	
PVC	140	
	130	
	120	
	110	
PA	100	
	90	
	80	
	70	
ANEST. XXXX	60	
	50	
	40	
	30	
OP	20	

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: *[Handwritten notes]*

POSIÇÃO: S.A. Angles Dorsal - Prone

AGENTE: *[Handwritten]*

TÉCNICA: Bloqueio de Sacton

CIRURGIÃO: *[Handwritten]*

CIRURGIÕES: *[Handwritten]*

ANESTESISTA(S): *[Handwritten]*

INTERCORRÊNCIAS: *[Handwritten]*

INDUÇÃO

Satisfatória: Excitação:

Tosse: Lenta:

Náuseas: Vômitos:

MANUTENÇÃO

[Handwritten notes]

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26/MAR 2018

Nome: *[Handwritten]*

Anestesia Satisfatória Sim () Não ()

Paciente para o leito com cânula: Sim () Não ()

Perda Sanguínea Aprox.: _____ ml

Obstrução: _____ Co2

Náuseas: _____

Vômitos: _____

Outros: _____

Dr. Manoel [Handwritten]
 Anestesiologista
 CRM 4288

Assinatura do Anestesiologista/CRM

MATERIAIS		UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abbocath N°	unid			Latéx	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01		Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid	00		Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid			Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid			Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	01
Agulha 13x4,5	unid			Luva 6,5	unid		Catgut-Simples N°	unid	
Agulha 13x30	unid			Luva 7,0	unid	01	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid			Luva 7,5	unid	01	Caprofyl	unid	
Agulha 30x8,0	unid			Luva 8,0	unid	01	Caprofyl	unid	
Agulha 40x12	unid	02		Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr	20		Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm			Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm			Micropore 2,5 cm	cm	60	Mononylon 3.0	unid	02
Algodão Ortopédico	20cm			Micropore 5,0 cm	cm	30	Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm			Propés	pares	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm			Placa Descartável	unid	01	Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm			Raio X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm	02		Seringa 01 cc	unid		Sonda de fouchet n-32	unid	
Atadura de Crepon	20cm			Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm			Seringa 05cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm			Seringa 10cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm			Seringa 20cc	unid	04	Prólone N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm			Seringa 60cc	unid		Prólone N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm			Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid			Sonda de Folley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid			Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl	unid	
Bolsa de Colostomia	unid			S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid			S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid			S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid			S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	02
Cateter Duplo J	unid			Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01		Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid	01		Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid			Tipóia Descartável	unid	01	Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	10		Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	200		Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml	180		TAXAS			Nitrogênio	Dur	20
Clorexidina Aquosa	ml			Aspirador			Agulha de Veres	unid	
Cotonóide	unid			Bisturi Elétrico		sim	MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Sist. Fech	unid			Trépano Elétrico		sim			
Depo Medrol	unid			Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid			Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid			Tx. Intensif. de Imagem		sim			
Dreno de Toráx N°	unid			Tx. Ureterorreno					
Equipos	unid			Tx. Ureterotripsor					
Esparadrapo	cm	30		OUTROS					
Éter	ml			Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid			Cateter Single Lumen	unid				
Faixa de Smarch	unid			Cateter Duplo Lumen	unid				
Formol	ml			Cateter de Hemodialise	unid				
Fio Guia Hidrofilico	unid			Heparina	unid				
Fita Cardíaca	unid			Xilocalina SV 20 ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	20		Xilocalina CV 20 ML	gr				
Gaze Acolchoada	unid			Xilocalina Gel	unid				
Esteranios 2%	ml			Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid			Kollagenase	gr				
Gorro	unid	06		Adrenalina	unid				
Diprosan	unid			Oximetazolina	Fr				
Tela Inorg.Polipropileno	unid								

Cirurgião: João Ricardo
Aux 1: V. Monte

Anestesiista: Mauro
Aux 2:

Instrumentadora: Dani
Circulante: como

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018

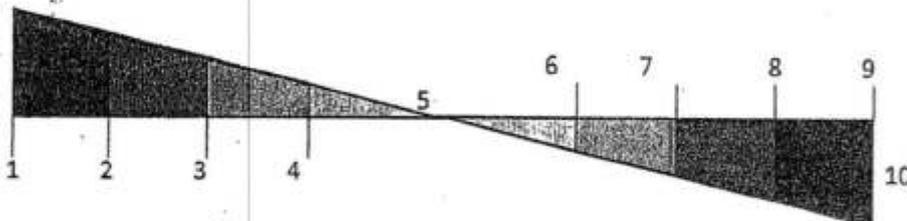
Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedista e Cirurgião
CRM: 5244
CPF: 42.886.408-55



NOME: Reginaldo dos Santos Bezerra
 PRONTUÁRIO: 494.339
 ATENDIMENTO: 2.363.200
 DATA DE NASC: 13/04/1988
 DATA ADMISSÃO: 30/07/2018
 HORA ADMISSÃO: 20:10

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO () OUTRAS: _____
 () IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS: _____



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1 APÓS UMA HORA: 1 ESCORE NA ALTA: 1

SUGESTÕES DA ANESTESIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	2	2	2	2	2								
P	2	2	2	2	2								
C	1	1	1	2	2								
R	1	2	2	2	2								
S	1	1	2	2	2								
T	7	8	8	9	10								

INTERCORRÊNCIAS

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

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

Tritamento com analgésicos Anticépticos
Acuidade de consciência de nível 2
Bloqueio + SDDC; Dr. Marcelo

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DIPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PRASIL () LORAX
 () CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
 () HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 21:50

PA: _____ FC: 67 SpO₂: 96.1

(X) APARTAMENTO
 () UTI

123x51

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO) Dr. Evaldo Diógenes ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

Médico Anestesiologista
 CREMEC 10169



uniclinic

João de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1720994

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 17d
Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Atendimento: 1.363.200
Conteúdo: ISSEC / ENFERMARIA
Data Prescr.: 31/01/2018 12:00:00

Frontalário: 424.339

405-2

Médico: Resp Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Diétes Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Geral (ou Livre que aceitar)

Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

Dose/Intervalo/Ma Horários
1FA 12/12h IV

20

08

D P E
S S

SEPARAR 1FA EM 100ML DE SF
2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

1FA 6/6h IV

12

18

24

06

1°

S

D01/

SEPARAR 1FA EM 18 AD
INICIO:31/01

Dias previstos: 0 - Uso anterior de antitricloplano: N -

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Ordem Intervalo

Horários

Material

Data/Hora

1x ao dia

12

31 12:00

Recomendações

JELCO SALINIZADO

Intervalo

Horários

MANTENDO

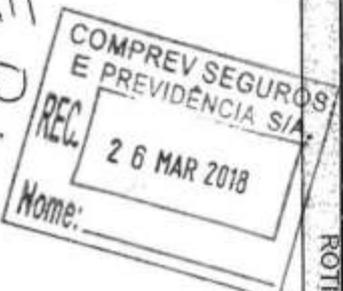
SSVW + CCGG

ROTINA

2fa po - por on 222

Dr. Victor Morais Fandiário
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM CE 11987 TEOT 13884

Prescrição em F.D.



UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CPF: 42.115.406-83



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: *Roginaldo Eufrasio Brito*

DATA: *31/01/2018*

POSTO: *4*

LEITO: *405-2*

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações:

Vertical lines for notes in the first form.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações:

Vertical lines for notes in the second form.

UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data Nascido	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
 Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom + *Kolagenase*
 (sutura preservada sem flogose)
- Realizado curativo em FO convencional
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 424.339

Condutas/Intercorrecias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
 Rafael Nogueira Abrante

454380

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

PR
 COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 02/03/2018



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

1721615

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Data Nascimento: 13/04/1988 29a 9m 19d
Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Atendimento: 1.363.200
Convênio: ISSEC / ENFERMARIA
Data Presc: 03/03/2018 12:00:00

Profissional: 424.339

405-2

Médico: Resp. Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
Zero				

Medicamentos	Dose/Intervalo/Via	Horários	D. P. T.
1. Cefeporofero 100mg / Fa Ev	1 FA 12/12 h IV	20	7 ^h S

2. Cefalotina 1g Po Fa Ev	1 FA 6/6 h IV	12 18 24 06	2 ^o S
---------------------------	---------------	-------------	------------------

D02/
SEPARAR 1 FA EM 18 AD
INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços	Ordem	Intervalo	Horários	Material	Duração
1 Curativo Medico	1x ao dia		12		01 12:00

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Recomendações	Intervalo	Horários
JELCO SALINIZADO		MANTENDO

SSW + CCGG
ROTINA

João Ricardo A. de Alencar
Traumato
CRM 5244

Carvalho

me F.O.

Dr. Joao Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-55

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

CONFIRMAÇÃO
CONFERE LOMO ORIGINAL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Roginaldo Frutuoso Braga

DATA: 01/02/18 POSTO: 04 LEITO: 405.2

CONVÊNIO: brac

TURNNO: ut

AC. VENOSO:

CVP Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Observações: As 18:00 h paci segue rotinal no litto

Antônia Claudine Barbosa

CONTRATO 001202123 TE

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome:

Observações:

TURNNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para:

Antônia Claudine Barbosa
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Antônia Claudine Barbosa
COREN: 05.001.202.125 TE

Assinatura e COREN:

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento	1.363.200
Data-Nascto:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário	424.339
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	26/01/2018 17:33:05
Telefone	987495857	Convênio	ISSEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
01/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

Diagnóstico: PO de fratura de ombro (D) + Pre Op de Limpeza em Perna (D)
Especialidade: Clínica

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO
- Mantém Curativo de Perna (D) + Crepom com Kollagenase (sutura preservada sem flogose), irá realizar limpeza cirúrgica
- Realizado curativo em FO convencional
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorrencias

Solicitado limpeza em MID cirúrgica (x) Enc. () Aut. () Real.

Rafael Abrante
Enfermeiro
RNF-CE 454358

Rafael Nogueira Abrante

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



União de Clínicas do Ceará Ltda
 Prescrição Eletrônica Paciente



1722117

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Data Nascido: 13/04/1988 29a 9m 19d

Atendimento: 1.363.200
 Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Prontuário: 424.339

405-2

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Data Presc.: 02/02/2018 12:00:00

Médico Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta: Zero Dose: Intervalo: Observação: Descrição Técnica:

Medicamentos	Dose	Intervalo	Via	Horários	D	P	E
Cetoprofeno 100mg Fa Ev	1 FA	12/12 h	IV		08		S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF	1 FA	6/6 h	IV		24	08	S
-----------------------------	------	-------	----	--	----	----	---

D03/ SEPARAR 1 FA EM 18 AD
 INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços	Qtd	Intervalo	Via	Horários	Material	Data/hora
1 Curativo Medico	1x	ao dia				02:12:00

2 Curativo da F.O	1x	ao dia				02:12:00
-------------------	----	--------	--	--	--	----------

EM PERNA D COM ATADURA + IFUXOL

RECOMENDAÇÕES: JELCO SALINIZADO, ROTINA, SSVV + CCGG

Zero depois 22h

CPF: 432.323.232
 CRM: 17.058/18
 Dr. Ricardo Andrade de Alencar

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome:

COPIA NÃO TEM VALOR ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo F. Soares

DATA: 02/02/2018

POSTO: 4

LEITO: 405-2

CONVENIO: Amie

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações:

17:00h Remoção punção periférica com Alce no 22 terminal de oxigenação

REC. 26 MAR 2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações:

05:45h Saída de SNG para o paciente em procedimento cirúrgico

05:59 paciente no pré-operatório

Ca 08:30 a 09:00h no bloco de cirurgia

DUNICLINIC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ORIGINAL

Assinatura e COREN: _____

Assinatura e COREN: _____

Paciente:	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento:	1.363.200
Data Nascto:	13/04/1988 29 Anos	Prontuário:	424.339
Sexo:	Masculino	Dt. Entrada:	26/01/2018 17:33:06
Telefone:	987495857	Convênio:	ISSEC ENFERMARIA
Leito:	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
02/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
Enfermeiro(a): Rafael Nogueira Abrante Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
HD: PO FT DE OMBRO (D) + PRE OP DE PERNA (D) (LIMPEZA)

#COMORBIDADES: NEGA
#ALERGIAS: NEGA

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado curativo em FO convencional
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura + kollagen am
- (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
Enfermeiro
CQREN-CE 454350

Rafael Abrante
Enf.
CQREN-CE 454350

Rafael Nogueira Abrante /



CONFERE COMO ORIGINAL

UNICOM
CONFERE O ORIGINAL

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

Nome do Paciente: Reginaldo, Vidas Bessa At: L. 363 200
 Data: 03/02/18 Leito: 405-2 Convênio: Unic
 TIO Cirurgião Extensas perimetria peri- Início: 05:30 Término: 07:00
mentar

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abjocath N°	unid		Latéx	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N° 11	unid	01	Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut Simples N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	010	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	02	Capofyl	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Capofyl	unid	
Agulha 40x12	unid	01	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr		Máscara	unid	05	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm	50	Mononylon 3.0	unid	02
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	pares	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid		Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Ralo X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm		Seringa 01 cc	unid		Vicryl Rapid	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid	01	Pelycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda de Folley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl Plus	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01	Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid		Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóla Descartável	unid		Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	10	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	180	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml		TAXAS			Nitrogênio	Dur	
Clorexidina Aquosa	ml	180	Aspirador			Agulha de Veres	unid	
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico			MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico					
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem					
Dreno de Toráx N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipo	unid		Tx. Ureterotripsor					
Espadrappo	cm	30	OUTROS					
Éter	ml		Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Faixa de Smarch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter de Hemodialise	unid				
Fio Guia Hidrofílico	unid		Heparina	unid				
Fita Cardíaca	unid		Xilocaina S/V 20 ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	60	Xilocaina C/V 20 ML	gr				
Gaze Acolchoada	unid		Xilocaina Gel	unid				
Esterilios 2%	ml		Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid		Kollagenase	gr	15			
Gorro	unid	06	Adrenalina	unid				
Diprospan	unid		Oximetazolina	Fr				

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Dr. Vinícius Monte Tenório
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-CE 11957 TE013004

CIRURGIÃO: V. Monte
Anestesista: mauro
Aux 1: J. Ricardo

Aux 2:
Aux 3:

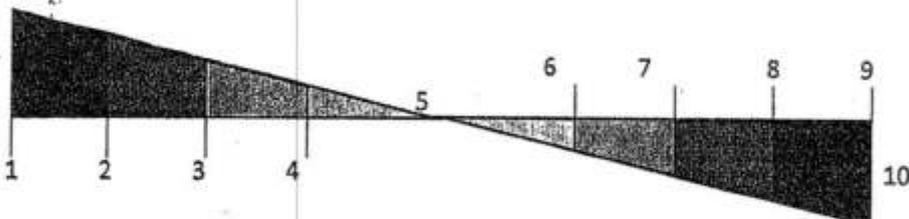
INSTRUMENTADOR: Cosmo
CIRCULANTE: Kadija



NOME: Reginaldo Freitas
 PRONTUÁRIO: 424339
 ATENDIMENTO: 1363200
 DATA DE NASC: 13.04.88
 DATA ADMISSÃO: 03/02/18
 HORA ADMISSÃO: 04:10

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO () OUTRAS: _____
 () IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS: _____



Quase sem dor (1) A pior dor da minha vida (10)
 NA ADMISSÃO: 1 APÓS UMA HORA: 1 ESCORE NA ALTA: 1

SUGESTÕES DA ANESTESIA



ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	1	2	2	2									
P	2	2	2	2									
C	1	1	2	2									
R	2	2	2	2									
S	1	2	2	2									
T	7	8	8	9									

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALEIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
 () HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELIRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
 () TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESIAS
 () BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
 () PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

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

Dr. Evaldo Diógenes - Anestesiologista
Dr. Ricardo - Cirurgião
Dr. Marcelo - Anestesiologista

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DIPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PRASIL () LORAX
 () CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
 () HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 08:30

PA: _____ FC: 64

SpO₂: 98

() APARTAMENTO

() UTI

() RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO) _____ ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

Dr. Evaldo Diógenes
 Médico Anestesiologista
 CREMEC 10169



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
 Prescrição Eletrônica Paciente



1722884

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa
 Data Nascido: 13/04/1988 29a Sm 21d
 Data Estada: 28/01/2018 17:33:05

Atendimento: 1.363.200
 Convênio: ISSEC / ENFERMARIA
 Data Presc: 03/02/2018 12:00:00

Pontuação: 424,339

405-2

Médico-Resp: Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Dieta: Zero
 Dose: Intervalo: Observação: Descrição Técnica:

Medicamentos:
 1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev Dose/Intervalo/Via: 1 FA 12/12 h IV Horarios: 20

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

1 FA 6/6 h IV

10

24

06

4° S

DO4
 SEPARAR 1 FA EM 18 AD
 INICIO:31/01

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico
 EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Recomendações

1x ao dia

Intervalo

Horarios

03 12:00

JEL-00 SAEINIZADO

MANTENDO

SSW + CCGG

ROTINA

Handwritten notes:
 Dite
 p...
 m...
 r...

Dr. Victor Monte Tenório
 Cirurgião da Cabeça e Pescoço
 CRM CE 11967 TEPD 13604

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Rafael de Freitas Gomes

DATA: 03/02/18

POSTO: 04

LEITO: 205 B

CONVÊNIO: Meic

TURNO: wt

AC. VENOSO: CVC () Local () Dissecção

CVP Local RESPIRAÇÃO: () Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %
 () MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: _____ %

DIETA: () VO () SNE () SNG () GTT () NPT
 () Zero Para: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO: CVC () Local () Dissecção

CVP () Local RESPIRAÇÃO: () Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %
 () MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: _____ %

DIETA: () VO () SNE () SNG () GTT () NPT
 () Zero Para: _____

Observações: As 08:40 do Paciente recebeu fisioterapia SA e.c.

Antonio Carlos de Sá
 FIZIOTERAPEUTA SA
 Tec. Enfermagem
 Coren ce 1028-587

As 18:00 h parte segue rotineira na sala de fisioterapia

COMPREV SEGURADORA E PREVIDÊNCIA S/A
 REC. 26 MAR 2018

Observações: _____

Nome: _____

Assinatura e COREN: Antonia Clotilde Barbosa
 COREN: CE001.202.125.7

Assinatura e COREN: _____

Paciente: **Reginaldo Freitas Bessa**
 Data Nasc: 13/04/1988 29 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 987495857
 Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: 1.363.200
 Prontuário: 424.339
 Dt. Entrada: 26/01/2018 17:33:05
 Convênio: ISSEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
03/02/2018	Enfermeiro	Evolução		Rafael Nogueira Abrante	

Paciente: **Reginaldo Freitas Bessa**
 Enfermeiro(a): **Rafael Nogueira Abrante** Enfermeiro(a)

Evolução M

REGINALDO FREITAS, 29A
 HD: PO FT DE OMBRO (D) + PO DE PERNA (D) (LIMPEZA)

#COMORBIDADES: NEGA
 #ALERGIAS: NEGA

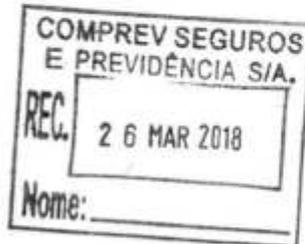
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- **Realizado curativo em FO convencional**
- **Mantém curativo em Perna (D) integro**
- Eliminações presentes

Rafael Abrante
 Enfermeiro
 424339

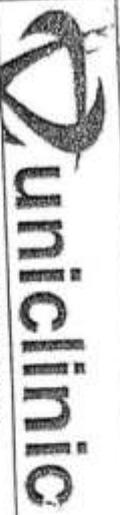
Rafael Nogueira Abrante /

Em tempo ...
 Realizado procedimento de Limpeza em Perna (D) no período



Rafael Abrante
 Enfermeiro
 424339

UNICLINIC
 COM SEU CÓDIGO ORIGINAL



Uniclinic
 Prescrição Eletrônica Paciente



1723415

405-2

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nasco: 13/04/1988 29a 9m 21d

Data Entrada: 26/01/2018 17:33:05

Médico Resp: Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200
 Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Pontuação: 424.339

Data Presc.: 04/02/2018 12:00:00

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica	D	P	E
-------	------	-----------	------------	-------------------	---	---	---

Medicamentos: Cefeporo 100mg Fa Ev

Medicamento	Dose / Intervalo / Via	Horários	D	P	E
SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF	1 FA 6/6 h IV	12	18	20	24
2 Cefalotina 1g Po Fa Ev	1 FA 12/12 h IV	12	06	08	10

Procedimentos/Serviços	Ordem / Intervalo	Horários	Material	Data/Hora
1 Curativo Medico	1x ao dia	12		04 12:00
EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL	1x ao dia	12		04 12:00

2 Curativo da F.O

Recomendações: JELCO SALINIZADO

SSVV + CCGG

Surchuvas

elza h m h a h c

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

[Handwritten signature]

Dr. João Ricardo Andrade
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 5244
 CPF: 423.866.406-53



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Roginaldo F. Rebelo Brito

DATA: 04/02/18

POSTO: 4

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: 1556C

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

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

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações: Sala de Alta Hospitalar às 12:30h Alta

Observações:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA STA.

REC. 26 MAR 2018

Nome: _____

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN: _____

Assinatura e COREN: _____



NOME DO PACIENTE: <i>Reginaldo Freitas Bessc</i>		CREDENCIAMENTO:	
ENF./APTO:	LEITO:	MÉDICO ADMITENTE:	MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

*26/01 paciente internado
p/ art. coluna*

*Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53*

27/01 para exames

COMPANHIA DE SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC: 2-0 MAR 2018
Nome:

*Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53*

ORIGINAL

28/01 para o art.

híster
*Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5254
CPF: 423.866.406-53*



ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Rinaldo Freitas Sousa Data: 29/01/18 Leito: 405.2
 Convênio: SmeC Cirurgião: _____
 Nº Atendimento: 4.363.200 Cirurgia: _____

ATIVIDADE	SIM/ESPEC	NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO	
Jejum	Data: hora:				
Reserva de sangue					
Lavagem intestinal	Hora: Evac ()				
Banho pré operatório	Hora:				
Acesso venoso					
Ficha pré anestésica preenchida					
Medicação pré anestésica					
ECG					
Exames laboratoriais			✓		
Raio X/ Imagens					
Retirada de prótese dentária/ lentes					
Retirada de adornos/esmalte de unha					
Alergias	<u>nua</u>				

Encaminhado por: _____ Hora: _____ Recebido por: _____ Hora: _____
 Medicamentos em uso: _____ Transportado em: (✓) Maca () Cadeira () Deambulando
 PA: _____ mmHg; Pulso: _____ bpm; T: _____ °C; SpO2: _____ % Dor: _____
 0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Admissão no Centro Cirúrgico

Funcionário: _____ Coren: _____

Trans-Operatório

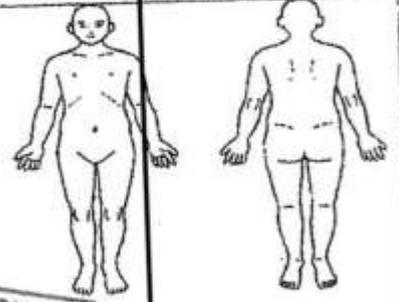
Sala	Circulante	Instrumentadora	Anestesia	Início	Término
() Raio X/ Imagens			() Material p/ anátomo-patológico	Discriminar:	
() Tricotomia Hora: _____ Região: _____			() Material p/ laboratório	Discriminar:	
() Hemotransusão					
() Ex. laboratoriais					
() ECG					

Cirurgia realizada:

Posição do paciente na mesa cirúrgica:
 () DD () LD () LE () GINECOLÓGICA
 () Outras: _____

Preparo da pele:
 () Clorexidina degermante () PVPI tópico
 () Clorexidina alcoólica () PVPI degermante

- Legenda:
- ▲ Placa de bisturi
 - Monitorização Cardíaca
 - ✂ Incisão Cirúrgica
 - Garrote Pneumático/ Faixa de Smarch
 - ▼ Punção venosa



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)



NOME DO PACIENTE:

Requinaldo Freitas

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO.:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

212 Aguardo cirurgia
de hipofisário

030218 Transferido
a hipofisário

0402 alta hipofisário

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.066.400-53

Dr. Victor Manoel Teodoro
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CRM 11987
TEC 7804

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.066.400-53

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome:

Encaminhado com:			Outros:
<input type="checkbox"/> Venoclise	<input type="checkbox"/> Intubação	<input type="checkbox"/> SVD	
<input type="checkbox"/> Dreno	<input type="checkbox"/> SNG/SNE	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	

Informações adicionais:

Enfermeiro: _____ Data: _____ Hora: _____

COMPREV SEGUROS
 COMPETE COM O ORIGINAL

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)

Encaminhado com:		
<input type="checkbox"/> Venoclise	<input type="checkbox"/> Intubação	<input type="checkbox"/> SVD
<input type="checkbox"/> Dreno	<input type="checkbox"/> SNG/SNE	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua
		Outros:

Informações adicionais:

Enfermeiro: _____	Data: _____	Hora: _____
-------------------	-------------	-------------

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)



BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: Reginaldo Freitas
 Letto: 04052

Unidade / Serviço: 1004
 Admissão: 26/01/18

DIA	HORA	Temp. Pulso p/ min. (BPM)	RESP.	Pressão Arterial		DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
				Max.	Min.			
26	11/18	36,70	20	120	80			<i>[Signature]</i>
27	11/18	36,85	20	120	80			<i>[Signature]</i>
27	01/18	36,6/80	20	120	70			Francisco
27	10/18	36,180	20	120	80			Len
27	10/18	36,80	20	120	80			Len
28	10/18	35,81	20	110	70			Francisco
28	01/18	36,180	20	110	80			Francisco
28	11/18	36,180	20	120	80			Francisco
28	11/18	36,70	20	120	80			<i>[Signature]</i>
29	11/18	36,85	20	120	70			<i>[Signature]</i>
29	10/18	36,80	20	120	70			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29	10/18	36,5 80	20	120	60			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29	10/18	36,2/78	18	120	70			<i>[Signature]</i>
30	10/18	36,2/78	18	120	80			<i>[Signature]</i>
30	10/18	36,80	20	110	60			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
30	11/18	36,49	20	120	70			<i>[Signature]</i>
31	11/18	36,85	18	120	80			<i>[Signature]</i>
31	11/18	36,6 80	19	120	80			<i>[Signature]</i>
31	11/18	36,2 79	20	110	80			<i>[Signature]</i>
31	11/18	36,5 82	19	110	70			<i>[Signature]</i>
01	12/18	36,80	20	120	80			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
01	12/18	36,80	20	120	60			<i>[Signature]</i>
01	12/18	36,70	20	120	80			<i>[Signature]</i>
02	10/18	36,82	19	120	80			<i>[Signature]</i>
02	02/18	36,4 80	20	120	80			<i>[Signature]</i>
02	02/18	36,2 78	20	130	80			<i>[Signature]</i>
02	10/18	36,80	20	120	80			<i>[Signature]</i>
03	02/18	36,78	20	110	80			<i>[Signature]</i>
03	10/18	36,80	20	110	70			Antonia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
03	10/18	36,80	19	120	80			<i>[Signature]</i>

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA SIA.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____



uniclinic

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Roginaldo Freitas Bessa
 Convênio: ISSEC
 Nº Atendimento: 1363.200 Cirurgião: _____
 Data: 03/02/18 Leito: 405-2
 Cirurgia: _____

ATIVIDADE	SIM/ESPEC		NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO
	Data:	hora:			
Jejum					
Reserva de sangue					
Lavagem intestinal					
Banho pré operatório					
Acesso venoso					
Ficha pré anestésica preenchida					
Medicação pré anestésica					
ECC					
Exames laboratoriais					
Raio X / Imagens					
Retirada de prótese dentária / lentes					
Retirada de adornos / esmalte de unha					
Alergias					

Encaminhado por: _____ Hora: _____ Recebido por: Valmiriani Hora: 05:59
 Medicamentos em uso: _____ Transportado em: () Maca () Cadeira () Deambulando
 PA: _____ mmHg; Pulso: _____ bpm; T: _____ °C; SpO2: _____ %; Dor: _____
 0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

Admissão no Centro Cirúrgico
 Os 05:59 paciente no pré-operatório

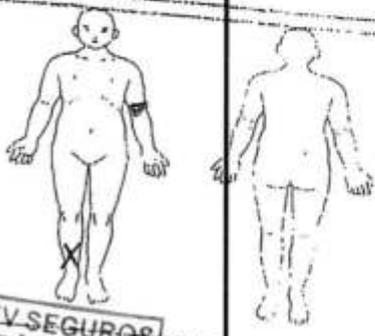
Trans-Operatório Funcionário: _____
 Saia Circulante Berliane Instrumentadora Mirkaella Anestesia Ragus Coren: _____
 Raio X / Imagens Hora: _____ Região: _____
 Triotomia Material p/ anátomo-patológico Início Término
 Hemotransusão Material p/ laboratório Discriminar: _____
 Ex. laboratoriais Discriminar: _____
 ECG

Cirurgia realizada: Debridamento perna D

Posição do paciente na mesa cirúrgica:
 DD () LD () LE () GINECOLÓGICA
 Outras: _____

Preparo da pele:
 Clorexidina degermante PVPI tópico
 Clorexidina alcoólica PVPI degermante

- Legenda:
- Placa de bisturi
 - Monitorização Cardíaca
 - Incisão Cirúrgica
 - Garrote Pneumático/ Faixa de Smarch
 - Punção venosa



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

SETOR D NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC

FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL- AVALIAÇÃO INICIAL

PACIENTE: Reginaldo Inácio Bezerra SEXO: M IDADE: 29
DATA ADMISSÃO: 26/01/18 POSTO/LEITO: 4071-2 DATA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL 27/01/18
Diagnóstico: Pai - op FT de Gumbão D

A – Anamnese

1. Peso Corpóreo

- (1) Mudou nos últimos 6 meses () sim () não
- (1) Continua perdendo peso atualmente () sim () não
- Total Parcial de Pontos 0

2. Dieta

- (1) Mudança de dieta () sim () não
- A mudança foi para:
- (1) () dieta hipocalórica
- (2) () dieta pastosa hipocalórica
- (2) () dieta líquida >15dias ou solução de infusão intravenosa >5dias
- (3) () jejum >5dias
- (2) () mudança persistente >30dias
- Total Parcial de Pontos 02

3. Sintomas gastrointestinais (persistentes por mais de duas semanas)

- (1) () disfagia
- (1) () náuseas
- (1) () vômitos
- (1) () diarreia
- (2) () anorexia, distensão abdominal, dor abdominal
- Total Parcial dos Pontos 0

4. Capacidade funcional física (por mais de duas semanas)

- (1) () abaixo do normal
- (2) () acamado
- Total Parcial de Pontos 01

5. Diagnóstico

- (1) () baixo estresse
- (2) () moderado estresse
- (3) () alto estresse
- Total Parcial de Pontos 02

B – Exame Físico

- (0) normal
- (+1) leve ou moderadamente depletado
- (+2) gravemente depletado
- () perda de gordura subcutânea
- () músculo estriado
- () edema sacral
- () ascite
- () edema tornozelo
- Total Parcial de Pontos 0
- Somatório do Total Parcial dos Pontos 05

C – Categoria da ANSG

- Bem nutrido <17 pontos
- Desnutrição moderada 17 <22 pontos
- Desnutrição grave >22 pontos

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: Bem Nutrido
NUTRICIONISTA: _____

UNICLINIC
COMPRE SEU ORIGINAL :)

Aimée Vitoria Alexandri
Nutricionista
CRN-6 14151

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC
FICHA DE ANAMNESE(CAN)

 PACIENTE: Reginaldo Freitas Bezerra SEXO: M
 IDADE: 24 DIAGNOSTICO: Par- no FT de Gumbon D
 DATA AVALIAÇÃO: 27 / 01 / 18 DATA DE REAVALIAÇÃO 16 / 02 / 18
 PRESCRIÇÃO DA DIETA EM PRONTUÁRIO: Leve
 PACIENTE EM ISOLAMENTO DE CONTATO () SIM () NÃO

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	DATA	DIAGNOSTICO
PESO ATUAL	74 kg	
PESO USUAL	-	
PESO IDEAL	62,09 kg	
PESO CORRIGIDO		
ALTURA	1,68 m	
ESTIMATIVA DE ALTURA	-	
AJ – ALTURA JOELHO	49 cm	
IMC DESEJAVEL	18,5 – 24,99	
IMC ATUAL	26,22	Sobrepeso
CB	32 cm	
ADEQUAÇÃO DA CB%	101%	Eutrofia

DADOS BIOQUÍMICOS

DADOS BIOQUÍMICOS	DATA	DIAGNOSTICO
Hematócrito	-	
Hemoglobina	-	
Albumina	-	
Contagem de linfócitos	-	

 Hábito intestinal: () Diário () Até 3 dias () Mais 3 dias () Outro _____
 - Consistência das fezes: () Normal () Amolecidas () Duras _____
 Diurese (Quantidade/Coloração): Normal
 Possui alguma patologia associada? () NÃO () SIM
 () DM () HA () CA () Dislipidemia () Obesidade () Magreza () Outros: _____
 Problema de mastigação/deglutição ? () SIM () NÃO PORQUE ?

 Intolerâncias e/ ou alergias alimentares: legh

 UNICLINIC
 CONFERE COMO ORIGINAL


REGINALDO FREITAS BESSA
 End. Postal: RUI TAILANDIA 00100 AP 01
 Parque GENIBAU - FORTALEZA - 60534670
 Medidor: 443315
 Classe: 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ: 024438243-30
 Nome do Responsável: _____
 Paga 02.03.18
 Mãcia
 0000 047P
 Nascimento

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Fev 2018	18	14/03/2018	Conjunto		
			Mês: Dez. 2017		

ICMS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual		
73,26	27,00%	19,78	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
			DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			DMIC	0,00			0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6632	6575	1,00	107	0,00	107	0,672	73,26
15/02/18	10/01/18		36 DIAS		107		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO	73,26
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,73

VENCIMENTO: 10/03/2018
 TOTAL A PAGAR (R\$): 82,99

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Energia	73,26
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Tarifários	0,00
Tributos (ICMS, PIS/COFINS)	9,73
TOTAL	82,99



Uniclinic

Unidade do Fluxo

Atendo que o
reterido dentro

foi operado de

fratura do cotovelo
veio a meo hospital
e stando de alta
de definitiva, a entrega
com do paciente.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 25 ABR 2018

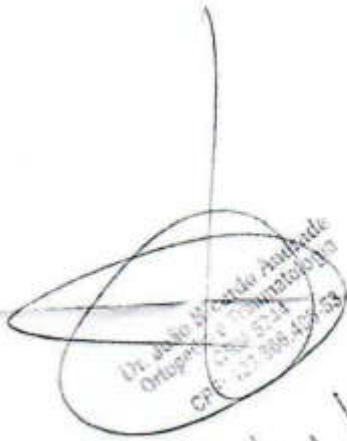
Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

[Handwritten signature]
Carla J. de Aguiar
Coordenadora de Atendimento
11.308.375/23

doença do flexor 1
extensor


Dr. João Marcelo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 123.388.456-33

20/4/18

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC 25 ABR 2018

dr de flexão e
extensão

Dr. João Marcelo Andrade
Ortopedista e Traumatologista
CRM 125.386-4/SP-33

20/4/18.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
DATA
REC. 10 MAI 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA,
RG nº 000.823.895 data de expedição 27/01/2012
Órgão SSP RN, portador do CPF nº 103.223.064-93, com
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA TAILÂNDIA, nº 100,
complemento AP 01, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima REGINALDO FREITAS BESSA, cujo o condutor era
REGINALDO FREITAS BESSA

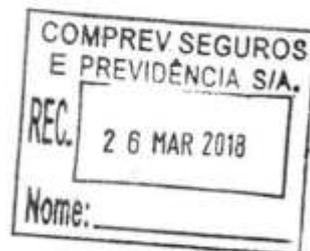
Veículo: PAS/MOTOCICLO
Modelo: HONDA/CG 125 FAN RS.
Ano: 2008/2010
Placa: NUG 9225
Chassi: 9C2JC4110AR544191
Data do Acidente: 25-04-2018
Local e Data: Fortaleza 22 de Março 2018



Marcia Nascimento de Oliveira Bessa
Assinatura do Declarante

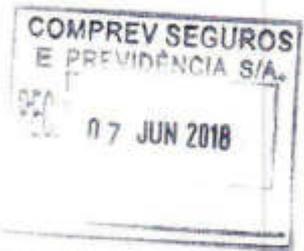
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Av. Mister Hull, 4955 - Antonio Bezerra Fone: (85) 3213-3301
Cód. (7768642438040) 2 Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) des :
=== MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA ===
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé,
Fortaleza, 21 de março de 2018. 08:55:02. Em testemunho da verdade.
SONIA MARIA MATOS NAGALHAES ARAUJO (crevente)
Total: R\$ 4,36. Func: 1



FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20



RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

REGINALDO FERREIS BISES

vítima de acidente de trânsito, em 25/01/18, sofreu:

lesões extensas do TIBIA lesões de
natureza molar.

luxação acromioclavicular (ou D)
C10 - S 93.1

e submeteu-se a tratamento(s):

Amputação cirúrgica do punho direito
de natureza traumática
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Cicatrizes no punho direito
Edema frequente, dor, perda
de membro diminuída.

Cicatrizes no antebraço direito
clavícula direita
Dificuldade de movimentos do
membro, limitação notável
interna e externa do membro

Dificuldade de movimentos -
perda funcional

perda funcional
perda funcional

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

Dr. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

06/06/18

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

NOME
REGINALDO FREITAS BESSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2002010115762 SSP CE

CPF 024.438.243-30 DATA NASCIMENTO 13/04/1988

FORMAÇÃO
 VANDERLEY FREITAS BESSA
 ANA LUCIA DA COSTA BESSA

PERMISSÃO ACC CATENA
 AB

Nº PROTOCO 04434792362 VALIDADE 24/02/2018 1ª HABILITAÇÃO 20/08/2008

OBRIGAÇÕES

Reginaldo Freitas Bessa
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NATAL, RN DATA EMISSÃO 26/02/2013

ASSINATURA DO EMISSOR 46784624664 RN701702427

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 689846475

PROIBIDO PLASTIFICAR 689846475

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

REGINALDO FREITAS BESSA : 024.438.243-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF/CNPJ: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/04/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/05/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

BRASIL

Serviços Barra GovBr

Dados da Reclamação**Protocolo:**

2225261/2018

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

10/05/2018 10:52:25

Dados do reclamante**Segurado:**

REGINALDO FREITAS BESSA

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

024.438.243-30

Formas de contato**E-mail:**

iraneide15@hotmail.com

Celular:

(85) 98685-3187

Endereço:

rua do rosario 77

Bairro:

CENTRO

CEP:

60.055-090

Cidade:

FORTALEZA

Dados da denúncia**Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

VENHO POR MEIO DESTA REGISTRAR MINHA DENUNCIA A SEGURADORA LÍDER RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT, HÁ MAIS DE 1 (UM) ENVIEI TODA DOCUMENTAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO, MAS A SEGURADORA LÍDER CONTINUAR A COBRAR A DOCUMENTAÇÃO ABUSIVA NO INTUITO DE PROTETAR O RECEBIMENTO DA MINHA INDENIZAÇÃO, PEÇO QUE SEJA APURADO ESTAS EXIGÊNCIAS ABUSIVAS, POIS JÁ ME ENCONTRO DE ALTA DEFINITIVA CONFORME DOCUMENTO ANEXO.SOLICITO QUE DEEM ANDAMENTO AO MEU PROCESSO AGENDANDO MINHA PERICIA MÉDICA.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

Tipo	Número
------	--------



Encaminhamentos	Atendente	Data
<p>E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br</p> <p>Texto:</p> <p>Senhor (a) Ouvidor (a),</p> <p>Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.</p> <p>Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à</p>		10/05/2018 10:52:25

10/05/2018

Faça aqui sua Reclamação — SUSEP

Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107261/18
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/01/2018
Titular do CPF: REGINALDO FREITAS BESSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/06/2018
Nome: REGINALDO FREITAS BESSA
CPF: 024.438.243-30

REGINALDO FREITAS BESSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2018
Nome: RENAN CARNEIRO VIEIRA
CPF: 605.609.233-09

RENAN CARNEIRO VIEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do acidente: 25/01/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO, NO MOMENTO. SOLICITO AINDA APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, EXAMES DE IMAGEM, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA **Data do acidente:** 25/01/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ENCAMINHAR O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, FOLHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE, CONTROLE COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do acidente: 25/01/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL EM CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180138461

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do acidente: 25/01/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NO OMBRO, DEFORMIDADE ACRÔMIO-CLAVICULAR E MODERADA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REPARAÇÃO DE LIGAMENTOS. SUBMETIDO A IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fernando Rabelo da Silva

CRM do médico: 3630

UF do CRM do médico: CE

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180138461**

Nome do(a) Examinado(a): **REGINALDO FREITAS BESSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Tailândia, 100, ap 01 - Parque Genibaú - Fortaleza - CE - CEP 60534-670

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2002010115762**

Data e local do acidente: [**25/01/2018**] **FORTALEZA, CE.**

Data e local do exame: [**17/05/2018**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REPARAÇÃO DE LIGAMENTOS. SUBMETIDO A IMOBILIZAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NO OMBRO, DEFORMIDADE ACRÔMIO-CLAVICULAR E MODERADA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

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

[] Sim [] Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

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

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: REGINALDO FREITAS BESSA

Nº Sinistro: 3180138461

Vitima: REGINALDO FREITAS BESSA

Data do Acidente: 25/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180138461**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12580492



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Nº Sinistro: **3180138461**
Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Nº Sinistro: **3180138461**
Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

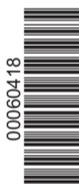
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Sinistro: **3180138461**
Vítima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180138461** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta nº: 12873107

A/C: REGINALDO FREITAS BESSA

Nº Sinistro: 3180138461
Vítima: REGINALDO FREITAS BESSA
Data do Acidente: 25/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000625-4**

Conta: **0000026517-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Nº Sinistro: **3180138461**
Vitima: **REGINALDO FREITAS BESSA**
Data do Acidente: **25/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180138461**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12989901



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o crédito de indenizar e pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

REC. 26 MAR 2018
Nome: *[Assinatura]*

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

024.438.243-30

Nome completo da vítima

Reginaldo Freitas Bessa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Reginaldo Freitas Bessa</i>		CPF titular da conta <i>024.438.243-30</i>	Profissão <i>Autônomo</i>
Endereço <i>Rua Tailandia</i>		Número <i>100</i>	Complemento <i>AP01</i>
Bairro <i>Parque Genibau</i>	Cidade <i>Jardiza</i>	Estado <i>CE</i>	CEP <i>60534670</i>
Email		Telefone (DDD)	<i>8119653-11</i> <i>189 98729-5857</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. [] DIV [] CONTA NRO. [] DIV []
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome *Bradesco* NRO []
 AGÊNCIA NRO. [] DIV [] CONTA NRO. [] DIV []
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Aceito o reconhecimento e dou plena quitação do valor indenizado.

REC. 26 MAR 2018
Nome: *[Assinatura]*

Jardiza, 22 de *Março* de 2018
Local e Data

[Assinatura]

Reginaldo Freitas Bessa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 2 6 MAR 2018

Nome: _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/03/2018 11:01:46**
Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2018 06:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL JOAQUIM FRANKLIN**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. AO POSTO DE SAUDE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **REGINALDO FREITAS BESSA**

Nascimento: **13/04/1988** CPF:

RG: **308772-2-5** Orgão Emissor: **PM**

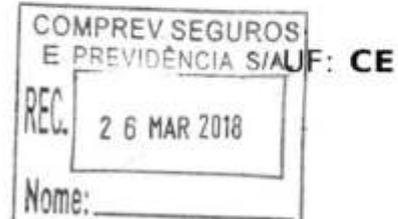
Filiação: **ANA LUCIA DA COSTA BESSA**
VANDERLEY FREITAS BESSA

Endereço: **RUA TAILANDIA, 100 APT.01**

Bairro: **GENIBAU**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**



CEP: **60.534-670**

Telefone: **(85) 98749-5857**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUO9225 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4110AR544191 Renavam: 229015050 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº04434792362, CATEGORIA "AB", DETRAN/CE, QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA NUO-9225/CE, QUE TRAFEGAVA PELA RUA CORONEL JOAQUIM FRANKLIN, SENTIDO CENTRO, QUANDO O CARRO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO DA VIA, REALIZOU UM DESLOCAMENTO DA FAIXA PARA A ESQUERDA E COLIDIU NA MOTO PILOTADA PELA VITIMA, QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DA PM QUE PASSAVA NO LOCAL E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE ANTÔNIO BEZERRA. AFIRMA A VITIMA QUE O CARRO CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL. E NADA MAIS DISSE.//
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Reginaldo Freitas Bessa



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

Reginaldo Freitas Bessa

[Large handwritten signature]

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 26 MAR 2018
Nome: _____

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Reginaldo Freitas Borne

CPF da Vítima

024.438.243-30

Data do Acidente

25/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(21) 996537147

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Fortaleza, 22 de Março de 2018
Local e Data

Reginaldo Freitas Borne
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: REGINALDO FREITAS BESSA
 Nº DO PRONTUÁRIO: 155295
 Nº DO BE: 192442
 CÂDUSUS: _____
 NASCIMENTO: 13/04/1988 (29 ANOS)
 SEXO: M
 RAÇA/COR: PARDO
 NOME RESPONSÁVEL: O MESMO
 MUNICÍPIO: FORTALEZA
 UF: CE
 ENDEREÇO: RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBÁU
 CEP: 60.534-670
 CONTATO: (85)99815-6935

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUÊTEX: SIC PACIENTE TEVE COLISAO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID
 MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
 ESCALA DE DOR: 99 (ADULTO)

SINTOMAS: NI

SINAIS VITAIS

PESO: NI KG
 PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
 TEMPERATURA: NI °C
 ALERGIAS: NI
 SAT O2: NI%
 PULSO: NI
 GLUCEMIA: NI
 CLASSIFICAÇÃO: AMARELO
 RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: MARIA HELENA RODRIGUES
 DATA E HORA DA CLASS: 25/01/2018 08:0

ÁREA DE ATENDIMENTO: ATENDIMENTO CIRÚRGICO
 ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE: Paciente vítima acidente de moto há 52h. VIM. Perceber feridas, fraturas. Fc=86; pulso cheio; ECG 15; relato em um osso D. Lesas com lesão em tempo. cl. Rx torax e osso D.
 - SURTIUM

DIAGNÓSTICO

SADY SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Injeces atropina</i>		
<i>luxo de punho - direito e esquerdo</i>		
<i>30/106 0/100</i>		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 25/01/2018 às 08:01:15
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 2º Penal.

LAURICIA GERAL

- Mentando surti e em surti de lesão D. cl. Alta da camera geral

Dr. Rogério Aguiar Ximenes
Médico
CRM: 6919

REGINALDO FREITAS BESSA

HOSPITAL DISTRITAL DE EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM



REGINALDO FREITAS BESSA
 End. Postal: R. TAILANDIA 00100 AP 01
 Parque GENIBAU - FORTALEZA - 60534670
 Medidor: 443315
 Classe: 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ: 024438243-30
 Nome do Responsável: _____
 Paga 02.03.18
 Mãcia
 0000 047P
 Nascimento

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Fev 2018	18	14/03/2018	Conjunto		
			Mês: Dez. 2017		

ICMS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual			
73,26	27,00%	19,78	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
			DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			DMIC	0,00			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6632	6575	1,00	107	0,00	107	0,672	73,26
15/02/18	10/01/18		36 DIAS		107		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CÔM O	73,26
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,73

VENCIMENTO: 10/03/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 82,99

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	75,17	107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Transmissão	7,51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Distribuição	19,83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encargos Tarifários	5,92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	22,57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	73,26	107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂): 46,25 Compensado kg (CO₂): 0,00 Condição Ecológica (NCO): 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
 PARA CARACTERIZAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINDO O DÍGITO VERIFICADOR.
 Consulte as condições e tarifas e entre em contato com o serviço atendimento ao cliente, 114 e 0800-0800000, Ministério da Saúde, Gov. Federal.

Consta desta fatura R\$ 2,79 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,68% e COFINS:3,14%
 Para o mês de fevereiro-18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 26 MAR 2018
 Nome: _____

Nº do Cliente: 8885688-7 Referência: Fev/2018
 Data de Emissão: 15/02/2018 Total a Pagar (R\$): 82,99
 Nº da Nota Fiscal: 513270288 Nº de Controle: 0008885688 00001 39012 26
 83870000000-1 82990031000-5 00088856880-0 00013901237-0



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA,
RG nº 000.823.895 data de expedição 27/01/2012
Órgão SSP RN, portador do CPF nº 103.223.064-93, com
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Tailândia, nº 100,
complemento AP 01, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima REGINALDO FREITAS BESSA, cujo o condutor era
REGINALDO FREITAS BESSA

Veículo: PAS/MOTOCICLO
Modelo: HONDA/CG 125 FAN RS.
Ano: 2008/2010
Placa: NUG 9225
Chassi: 9C2JC4110AR544191
Data do Acidente: 25-04-2018
Local e Data: Fortaleza 22 de Março 2018



Marcia Nascimento de Oliveira Bessa
Assinatura do Declarante

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

Jaime Araribe Serviço Registral
Av. Mister Hull, 4955 - Antonio Bezerra Fone: (85) 3213-3301
Cód. (7768642438040) 2 Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de:
=== MARCIA NASCIMENTO DE OLIVEIRA BESSA ===
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé,
Fortaleza, 21 de março de 2018. 08:55:02. Em testemunho da verdade.
SONIA MARIA MATOS NAGALHAES ARAUJO (crevente)
Total: R\$ 4,36. Função: _____

