



Prefeitura de  
Fortaleza

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

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE <b>REGINALDO FREITAS BESSA</b>	Nº DO PRONTUÁRIO <b>155295</b>
CADÚSUS	Nº DO BE <b>192442</b>
NOME MAE <b>ANA LUCIA DA COSTA BESSA</b>	NASCIMENTO <b>13/04/1988(29 ANOS)</b>
ENDEREÇO <b>RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBAÚ</b>	SEXO <b>M</b>
CONTATO <b>(85)99815-6935</b>	NOME RESPONSÁVEL <b>O MESMO</b>
	MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>
	UF <b>CE</b>
	CEP <b>60.534-670</b>
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE	
OCORRÊNCIA	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
QUEIXA <b>SIC PACIENTE TEVE COLISAO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID</b>	MOTIVO <b>ACIDENTE DE MOTO</b>
SINTOMAS <b>NI</b>	ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>
PESO <b>NI KG</b>	SINAIS VITAIS
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>
CLASSIFICAÇÃO <b>AMARELO</b>	SAT O2 <b>NI%</b>
	PULSO <b>NI</b>
	GLICEMIA <b>NI</b>
	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>MARIA HELENA RODRIGUES</b>
	DATA E HORA DA CLASSIFIC <b>25/01/2018 08:01:</b>
ÁREA DE ATENDIMENTO <b>ATENDIMENTO CIRÚRGICO</b>	ÁREA ATENDIMENTO
ATENDIMENTO MÉDICO	
<p><i>Acidente vítima. Acidente de moto há 2h; vim parar na via. Fc=86; pulso cheio; ECG 15; relatou em um onco D.; lesões com col. RX torax e onco D. - SURTO</i></p>	
DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO
SAD. SOLICITADO: <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> OUTROS	CID
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO
OBSERVAÇÕES	
<p><i># Iniciar antídoto</i></p> <p><i>luxão de mão - dor muito ruim</i></p> <p><i>30/06/0100</i></p>	
TIPO DE ALTA/SAÍDA	
ALTA/SAÍDA: <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	
CAMBIO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

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

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.

*Surto geral*

*- Nenhuma sutura*

*em ferimento de lesão D.*

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

*col. Alta da camera geral*

Atendimento 1.363.184   
 Paciente Reginaldo Freitas Bessa  
 Segurado Reginaldo Freitas Bessa  
 Convênio ISSEC  
 Plano ISSEC  
 Matrícula 00256695000  
 Endereço Tallandia, 100 Genibaú casa01  
 Complemento casa01

Cartão Saúde 20251211

Prontuário 424339  
 Idade 29 anos e 10 meses  
 Fone 987495857  
 Val. Carteira 26/04/2018  
 Identidade 30877225  
 Bairro Genibaú  
 Cidade Fortaleza  
 Sexo Masculino

**ATENDIMENTO ATUAL**

Setor Emergencia-Pronto Socorro  
 Atendente Raquel de Sousa Silva Santiago  
 Especialidade Traumatologia  
 Classificação Consulta

Medico/C.d Joao Ricardo Andrade de Alencar  
 Data 26/01/2018 - Sexta-feira  
 Hora 16:57:50

Queixa Principal trauma ombro dir

HDA

PROCEDIMENTO.

DIAGNOSTICO

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

**INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS**

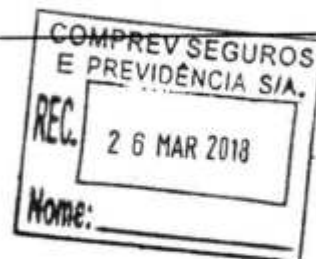
**05.867.015/0001-75**

UNIÃO DE CLÍNICAS DO CEARÁ LTDA

Av. Aguanambi, 332  
 Fátima - CEP 60.055-402

UNICLINIC  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL

*[Handwritten signature]*



AT 1363700

2018/02

ISSEC

RP  
19/02/18

Salv 19/02/18



**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		BAIRRO GEMBAÚ	DATA DE NASC. 13/04/1988	
CIDADE FORTALEZA	CEP 60534-670	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.				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>COMPROV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.</b>  REC. 26 MAR 2018  Nome: _____ </div>				
Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.				
Fortaleza (Ce),		DE	DE 2018.	
<u>Reginaldo Freitas Bessa</u> <b>PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)</b>				

**JAÍME 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 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3215-1301 - cartorio@seced.com.br

Cod. 1852438243223 2- Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: \_\_\_\_\_  
 REGINALDO FREITAS BESSA  
 que comparece e/ou padroeiro nesta serventia. Dou fé.  
 Fortaleza, 16 de fevereiro de 2018, 11h12:37. Em testemunho da verdade.  
 JUIZ DE PAZ JOSÉ MAGALHÃES DINIZ (Escrevente)  
 Total: R\$ 4,03. Funct. Judicial









## O hospital da sua vida

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 261 01 / 18

Andutsoola

Nome do Paciente:

me do Paciente: Leandro Guedes Brasil

Ent. Aplo.:

Leito:

**Médico.:**

Credenciamento: 15566

Internamento:

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

## HORÁRIO

### MATERIAL UTILIZADO

[illegible]

Dr. João Ricardo Andrade  
Otorrinolaringologista  
CRM 5244  
CPF: 423.286.406-53

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

**OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM**

NOME: Reginaldo dos Reis Lima

DATA: 26/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405.2

CONVÊNIO: Uniclinic

TURNO: mat

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente

( ) Cat. Nasal ( ) Venturi %

( ) MNBZ

( ) Masc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

☒ VO

( ) SNE

( ) SNG

( ) GTT

( ) NPT

( ) Zero Para:

Observações:

As 19:00 h parte admitida para o  
tratamento da emergência para estudo no  
serviço, após 45 min + valguia medicamentosa.  
Seu retorno segue no leito nos cuidados  
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% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

( ) VO

( ) SNE

( ) SNG

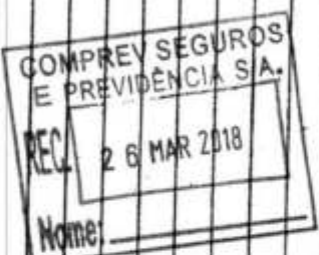
( ) GTT

( ) NPT

( ) Zero Para:

Observações:

As 19:10 h parte laparoscópica  
de 1<sup>o</sup> grau punção de abd, com jato  
de 2<sup>o</sup> grau de 20 cm exato.



CONFERE COM O 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

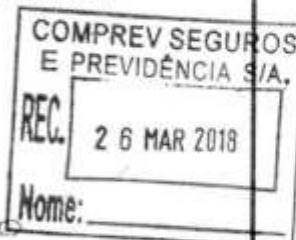
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

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  
 CREN-DE 454350

Rafael Nogueira Abrante /



UNICLINIC  
 CONFERE COM  
 FISCAL





**Uniclinic**

Jao de Clinicas do Ceara Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



1718661

Paciente Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascto 13/04/1988 29a An 13d

Atendimento 1.363.200

Prontuário 424.339

Convênio ISSEC / ENFERMARIA

405-2

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

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

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

Dietas

Dose

Intervalo

Observação

Descrição Técnica

Genal (ou Livre que aceitar)

dicamentos

Dose / Intervalo / Via

Horários

D. P. E.

Cetoprofeno 100mg Fa Ev

1 FFA 12/12 h IV

28

28

2º S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações

Intervalo

Horários

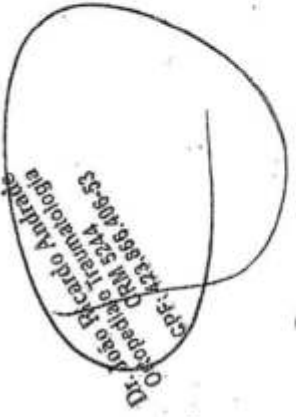
JELCO SALINIZADO

MANTENDO

SSV + CCGG

ROTINA

medico Paul cel cevey



Samuel Magalhães da Silva  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM 10117 TEST 12554

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

CONFIRMADO  
ORIGINAL



Paciente: Reginaldo Freitas Bessa  
Data Nascto: 13/04/1988 29 Anos  
Sexo: Masculino  
Telefone: 987495857  
Leito: 405-2

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
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)

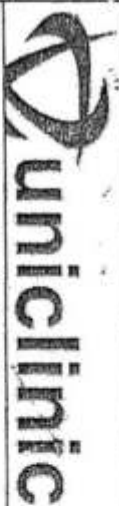
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Abrante  
Enfermeiro  
CONCE 454350

Rafael Nogueira Abrante /



COMPREV SEGUROS  
ORIGINAL



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda  
Prescrição Eletrônica Paciente



1719302

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

Atendimento 1.363.200  
Convênio ISSEC / ENFERMARIA  
Prontuário 424.339

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

Data Prescr. 26/01/2018 12:00:00

405 2

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

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
Geral (ou Livre que aceitar)				
Medicamentos			Dose / Intervalo / Via	Horários
Cetoprofeno 100mg Fa Ev			1 FA 12/12 h IV	28

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações

Intervalo

Horários

JELCO SALINIZADO

MANTENDO

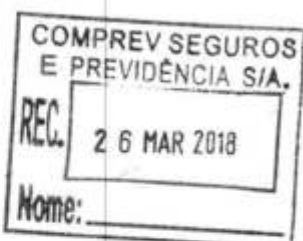
SSV + CCGG

ROTINA

Dr. Joao Ricardo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CpE: 423.866/406-53  
CRM 5244

Carles y cupen

Samuel Magalhães da Silva  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM 10111-180712554



CONFIRMAR COM O ORIGINAL





## Evolução Paciente

Paciente Reginaldo Freitas Bessa  
 Data Nascto. 13/04/1988 29 Anos  
 Sexo Masculino  
 Telefone 987495857  
 Leito 405-2

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
28/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Darlene Rodrigues Oliveira	

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

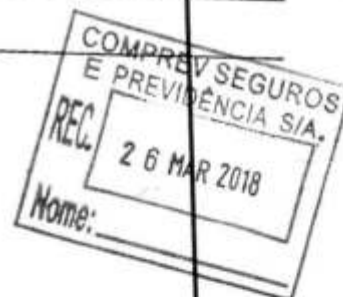
### Evolução M

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)

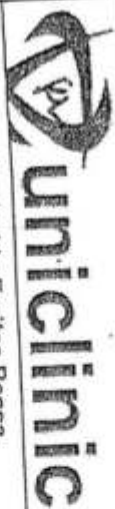
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes
- Cliente não apresenta queixas no período.



Darlene Rodrigues  
 Enfermeira  
 COREN CE 455211

DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA COREN:455211

UNIDADE  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL



União de Clínicas do Ceará Ltda  
Prescrição Eletrônica Paciente



1719618

405-2

Paciente Reginaldo Freitas Bessa

Data Nasco 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 ISSC/ENFERMARIA

Data Presc. 29/01/2018 12:00:00

Prontuário 424.339

Dieta 31 (ou Livre que acostar)

Medicamentos

Cefepideno 100mg Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

COM ATADURA

Recomendações

JELCO SALINIZADO

SSW + CCGG

Qtd / Intervalo / Via

1x ao dia

Intervalo

MANTENDO

ROTINA

Dose / Intervalo / Via

1 FA 12/12 h IV

Intervalo

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

Horários

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

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

Dieta zero apr dehydr

## OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo Freitas Rosa

DATA: 29/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: Unic

TURNNO: mat

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

☒ VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para:

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

Antônia Cláudia Barbosa  
COREN-CE 001.202.129 TE

TURNNO: 5h

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

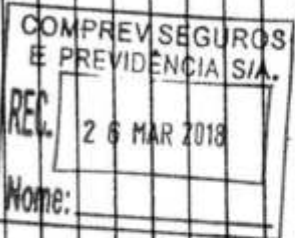
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

☒ VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para:

Observações:



*[Handwritten signature]*

Assinatura e COREN:

Antônia Cláudia Barbosa  
COREN-CE 001.202.129 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

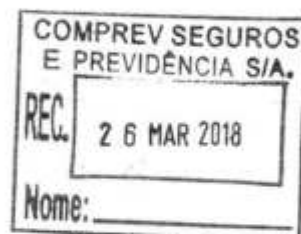
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

### Condutas/Intercorencias

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ( )

*Rafael Abrante*  
 Enfermeiro  
 COREN/CE 454350

Rafael Nogueira Abrante



UNICLINIC  
 COMPREV SEGUROS  
 01/02/2018

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 Maurício	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/Intercorrendias

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

Ivanuza Mauricio  
Enfermeira  
COREN 311777  
IVANUZA MAURICIO

26/01/2018  
17:33:05  
ISSEC ENFERMARIA

Prescrição Eletrônica Paciente



405-2

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascimento: 13/04/1986 29a 9m 17d

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

Atendimento: 1.363.200

Genéio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 30/01/2018 12:00:00

Prontuário: 424.339

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

Dieta: Dose Intervalo Observação

Descrição Técnica

Zero

Medicamentos

etopofeno 100mg fa EV

Dose / Intervalo / Via

20

Horários

D. P. E.

S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

COM ATADURA

Recomendações

JELOO SALINIZADO

SSW + CCG

Intervalo

Horários

MANTENDO

ROTINA

curativo de curativo e 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:

Dieta de curativo 20h

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



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo Freitas Rosa

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% Spo<sup>2</sup>: %

DIETA:

☒ VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para:

Observações:

As 15:30 h. paciente em ambulatório. APOIADO

Antônio Vinícius Fontes  
COREN CE 001.202.125-7

As 15:35 PACIENTE em SPO

Sociedade de Assistência à Saúde  
Téc. de Enfermagem  
COREN CE 246355

As 01:50 h. paciente de volta da sala para

obter seguimento no laboratório de anamnese

Sônia M<sup>re</sup>. S. Alves  
Enfermagem  
Técnica em Radiologia

REC.

26 MAR 2018

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

( ) MNBZ ( ) Masc. Reservatória 100% Spo<sup>2</sup>: %

DIETA:

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

( ) Zero Para:

Observações:

As 22:00 h. paciente retornou

do e.e.c.a.

Nome:

Assinatura e COREN:

Antônia Maria Pereira Barbosa  
COREN CE 004.792.123-7

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 cirurgia de ombro (D)

- Especialidade: Clínica

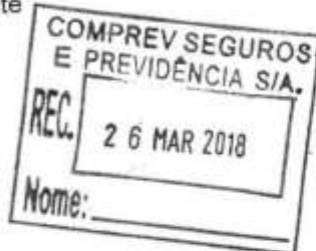
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta Zero após jejum
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

### Condutas/Intercorrendos

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

*Rafael Abrante*  
 Enfermeiro  
 424.339

Rafael Nogueira Abrante





**uniclinic**  
O hospital da sua vida

## RELATORIO DE OPERAÇÃO

NOME: <i>Reginaldo Brito Bessa</i>			
CLÍNICA: <i>4.ª</i>	CATEGORIA: <i>1</i>	LEITO: <i>105-2</i>	PRONTUÁRIO: <i>474.339</i>
DATA: <i>30/01/18</i>	CIRURGIÃO: <i>Ronde</i>		
1º AUXILIAR: <i>1.ª</i>	2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR: <i>Dr. Vitor Mendes</i>		CIRCULANTE:	
ANESTESISTA: <i>Dr. Vitor Mendes</i>		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Lesão crônica do dente</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO: <i>1</i>			

**DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:**

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I:	05	T: 10
INICIO DA CIRURGIA:	19:00	TÉRMINO: 20:00
INICIO DO OXIGÊNIO:	19:00	TÉRMINO: 20:00

DURAÇÃO:

DURAÇÃO:

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

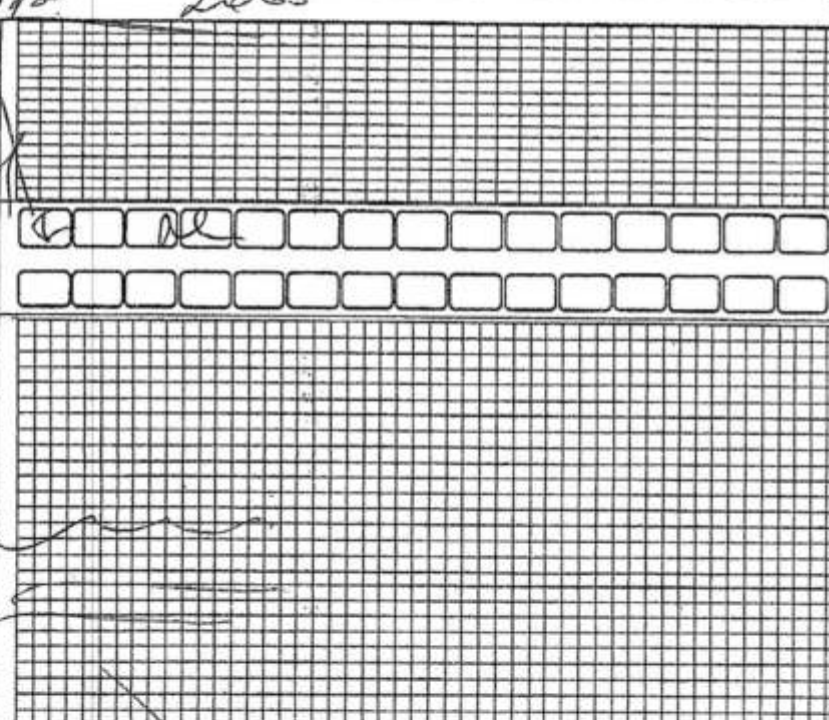







- 1) Devido ao fato de ser feito de bloco, o efeito é
- 2) Anestesia química
- 3) Como o uso de corantes
- 4) menor ao nível do
- 5) Osmo, interferindo
- 6) no nível celular do
- 7) tecido e auxiliando
- 8) na interferência de
- 9) fixação e a
- 10) fixação e a
- 11) fixação e a
- 12) fixação e a
- 13) fixação e a
- 14) fixação e a
- 15) fixação e a
- 16) fixação e a
- 17) fixação e a
- 18) fixação e a
- 19) fixação e a
- 20) fixação e a
- 21) fixação e a
- 22) fixação e a
- 23) fixação e a
- 24) fixação e a
- 25) fixação e a
- 26) fixação e a
- 27) fixação e a
- 28) fixação e a
- 29) fixação e a
- 30) fixação e a
- 31) fixação e a
- 32) fixação e a
- 33) fixação e a
- 34) fixação e a
- 35) fixação e a
- 36) fixação e a
- 37) fixação e a
- 38) fixação e a
- 39) fixação e a
- 40) fixação e a
- 41) fixação e a
- 42) fixação e a
- 43) fixação e a
- 44) fixação e a
- 45) fixação e a
- 46) fixação e a
- 47) fixação e a
- 48) fixação e a
- 49) fixação e a
- 50) fixação e a
- 51) fixação e a
- 52) fixação e a
- 53) fixação e a
- 54) fixação e a
- 55) fixação e a
- 56) fixação e a
- 57) fixação e a
- 58) fixação e a
- 59) fixação e a
- 60) fixação e a
- 61) fixação e a
- 62) fixação e a
- 63) fixação e a
- 64) fixação e a
- 65) fixação e a
- 66) fixação e a
- 67) fixação e a
- 68) fixação e a
- 69) fixação e a
- 70) fixação e a
- 71) fixação e a
- 72) fixação e a
- 73) fixação e a
- 74) fixação e a
- 75) fixação e a
- 76) fixação e a
- 77) fixação e a
- 78) fixação e a
- 79) fixação e a
- 80) fixação e a
- 81) fixação e a
- 82) fixação e a
- 83) fixação e a
- 84) fixação e a
- 85) fixação e a
- 86) fixação e a
- 87) fixação e a
- 88) fixação e a
- 89) fixação e a
- 90) fixação e a
- 91) fixação e a
- 92) fixação e a
- 93) fixação e a
- 94) fixação e a
- 95) fixação e a
- 96) fixação e a
- 97) fixação e a
- 98) fixação e a
- 99) fixação e a
- 100) fixação e a

*Dr. Victor Monte Tenorio*  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 11967

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

Dr. João Ricardo Andrade  
Medicina e Triunfologia

# FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Reginaldo Frutos Berra</u>			
AP/ENF:	LEITO: <u>405.2</u>	CONVÊNIO: <u>SMU</u>	
CIRURGIÃO: <u>D. J. Lima</u>	DATA: <u>20/01/18</u>		
IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: <u>M</u> PULSO: <u>80</u> RESPIRAÇÃO: <u>18</u>
PA: <u>120/80</u>	TIPO SANGÜÍNEO:	HEMACIAS:	HEMOGLOBINA:
HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	
AP. RESPIRATÓRIO:	ASMA:		BONQUITE:
AP. CIRCULATÓRIO:	ECG:		
AP. URINÁRIO	URINA:		
AP. DIGESTIVO:	DENTES:		PESCOÇO:
ALERGIAS:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>hepato renal crônica</u>			
ANESTESIAS ANTERIORES:			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:			
PAM:			
HORÁRIO: <u>14:00</u> <u>20:00</u>			
Agente Anestésico:			
Líquidos, soros, hemoderivados e etc.			
PULSO  TEMP.  PVC  PA  ANEST.  XXXX  OP 	<b>INDUÇÃO</b> Satisfatória: <input checked="" type="checkbox"/> Excitação: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/> Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		
<b>MANUTENÇÃO</b> <u>Vec 250A</u> <u>2000ml</u> <u>Dantrol</u> <u>500ml</u> <u>Pac 100ml</u> <u>2000ml</u> <u>Hepon 0.5</u> <u>1000ml</u> <u>Vec 250A</u> <u>2000ml</u>			
<b>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</b> <u>Hepon - 1000ml</u> <b>POSICÃO:</b> <u>S.A. - 45° - Dorsal - Prone</u> <b>AGENTE:</b> <u>Vec 250A</u> <b>TÉCNICA:</b> <u>Bloqueio de S.A.</u> <b>CIRURGIA:</b> <u>Gr. Crânio</u> <b>CIRURGIÕES:</b> <u>D. J. Lima</u> <b>ANESTESISTA(S):</b> <b>INTERCORRÊNCIAS:</b> <u>Nenhuma</u>			

Anestesia Satisfatória: Sim ( ) Não ( )  
 Paciente para o leito com cânula:  
 Sim ( ) Não ( )  
 Perda Sanguínea Aprox.: \_\_\_\_\_ ml  
 Obstrução: \_\_\_\_\_ Co2  
 Náuseas: \_\_\_\_\_  
 Vômitos: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

Dr. Mário Magalhães  
 Anestesiologista  
 CRM 428

Assinatura do Anestesiologista/CRM



Nome do Paciente: <u>Reginao P. Freitas Bessa</u>		At: _____						
Data: <u>30/01/18</u>		Leito: _____						
Convênio: <u>TSSec</u>		Início: <u>19:00</u> Término: <u>20:00</u>						
Procedimento: <u>Procedimento de luxação acromioclavicular - da articulação acromioclavicular</u>								
MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Latex	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	Caprofil	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Caprofil	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	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	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	03
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 Torax 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				
Esterilios 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: Davi  
Circulante: como

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

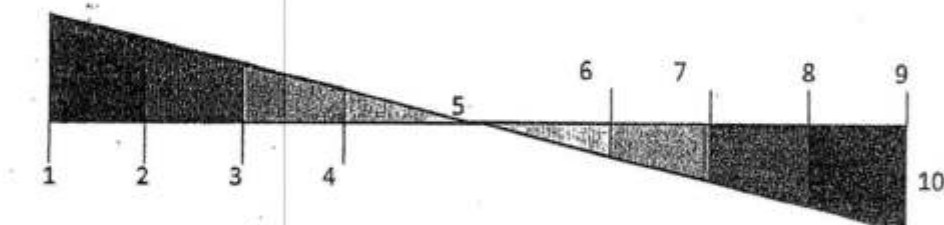
Dr. João Ricardo Andrade  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 3244  
CPF: 121.886.408-25



NOME: Reginaldo Freitas Bezerra  
 PRONTUÁRIO: 494.339  
 ATENDIMENTO: 2-363-200  
 DATA DE NASC: 13/04/1988  
 DATA ADMISSÃO: 30/01/2018  
 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



ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO <sub>2</sub>	
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	2							
P	2	2	2	2	2	2							
C	1	1	1	1	2	2							
R	1	2	2	2	2	2							
S	1	1	1	2	2	2							
T	7	8	8	9	10	10							

INTERCORRÊNCIAS

( ) HIPERTENSÃO ( ) CEFALÉIA ( ) TOSSE ( ) AGITAÇÃO ( ) VAR. GLICEMIAS ( ) ANESTESIA  
 ( ) HIPOTENSÃO ( ) TONTURA ( ) SECREÇÃO ( ) DELIRIUM ( ) DIST. POTÁSSIO ( ) PARESTESIAS  
 ( ) TAQUICARDIA ( ) NÁUSEAS ( ) DISPNEIA ( ) ANSIEDADE ( ) DIST. SÓDIO ( ) PARESÍAS  
 ( ) 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 e antieméticos  
Acuidade clínica com JVP de 2 cm  
Bloqueio + SDCS; DR m20

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: 123x51 FC: 67

SpO<sub>2</sub>: 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  
Médico: Resp Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200  
Contêiner: ISSEC / ENFERMARIA  
Data Prescr: 31/01/2018 12:00:00  
Prontuário: 424.339

405-2

Dieta: Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Genral (ou Livre que aceitar)

Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

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

20

06

D P E  
S

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

1FA 6/6 h IV

12

06

24

06

1°

S

D01/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO: 31/01

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

Procedimentos/ Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Ordem Intervalo 1x ao dia 12

Material 31 12:00

Recomendações

JELCO SALINIZADO

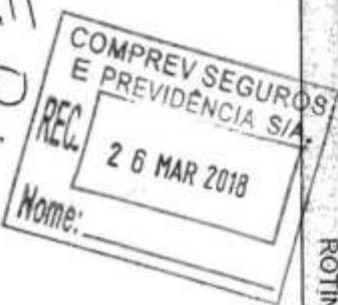
Intervalo 12

Horários

SSV + CCGG

ROTINA

Dr. Victor Mota  
Cirurgião de Cabeça e Pescoço  
CRM CE 11967 TEOT 13664



UNICLINIC  
CONFERE COM O ORIGINAL

Prescrição em F.D.

Dr. João Ricardo Andrade de Alencar  
Otopedista e Otorrinolaringologista  
CPF: 42.115.855-44



## OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 31/01/2018  
CONVÊNIO: 1522C

DATA: 31/01/2018  
CONVÊNIO: 1522C

POSTO: 67

LEITO: 405-2

## AC. VENOSO:

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

## RESPIRAÇÃO:

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

( ) MNBZ      ( ) Másc. Reservatória 100%       $\text{SpO}_2$ : \_\_\_\_\_ %

**DIETA:**

( ) VO	( ) SNE	( ) GTT	( ) NPT
( ) Zoro			

**Observações:**

COMPRES SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.

26 MAR 2019

REC  
Name:

UNCLASSIFIED  
CONFERS COM O  
ORIGINAL

**TURN ON:**

**AC, VENOSO:**

**CVIP ( ) Local**

## RESPIRAÇÃO

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

( ) MNBZ ( ) Masc. Reservatória 100% Spo<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ %

DIETA:

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

**Observações:**

**Assinatura e COREN:**

**Assinatura e COREN:**

Paciente	Reginaldo Freitas Bessa		Atendimento	1.363.200
Data Nasc	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  
 454339

### Condutas/Intercorrendias

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

*Rafael Abrante*  
 Rafael Nogueira Abrante

454339



*Dr.*  
 CONF. COM O  
 ORIGINAL



# 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

Contorno: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 01/02/2018 12:00:00

Portuario: 424.339

405-2

Dieta: Zero

Observação:

Descrição Técnica:

## Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg / Fa Ev

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

20

06

D. P. T. S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

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/Services

1 Curativo Medio

Ord. Intervalo: 1x ao dia

Horarios: 12

Material:

Diária: 01 12:00

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

## Recomendações

JEJUNO SALINIZADO

Intervalo:

Horarios:

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:

CONFERE LOM O  
ORIGINAL





## OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME:

Reginaldo Freitas Braga

DATA: 01/02/18

POSTO: 04

LEITO: 405.2

CONVÊNIO: bvec

TURNO: ut

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

( ) MNBZ ( ) Masc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

☒ VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

( ) MNBZ ( ) Masc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

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

( ) Zero Para:

Observações: Ao 18:00 h pode seguir rotinal no leito

Antônia Claudineia Barbosa

UNICLINIC 001202123 TE

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

Nome:

Observações:

UNICLINIC 001202123 TE  
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Antônia Claudineia Barbosa  
COREN-CE 001.202.123 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/Intercorências

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

*Rafael Abrante*  
 Enfermeiro  
 CRM-CE 454358

Rafael Nogueira Abrante

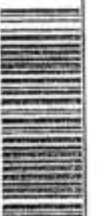
UNICLINIC  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



1722117

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascido: 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

Prontuário: 424.339

405-2

Dieta: Zeiro

Observação

Descrição Técnica

Exames:

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Exames: Zeiro

Dr. Zeiro após 22h

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

CONFERE COM O ORIGINAL



## OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo F. Silva

DATA: 02/02/2018

POSTO: 4

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: Blue

TURNO: \_\_\_\_\_

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

( ) Ar ambiente

( ) Cat. Nasal

( ) Venturi

%

( ) MNBZ

( ) Masc. Reservatória 100%

Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

( ) VO

( ) SNE

( ) SNG

( ) GTT

( ) NPT

( ) Zero Para: \_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

( ) Ar ambiente

( ) Cat. Nasal

( ) Venturi

%

( ) MNBZ

( ) Masc. Reservatória 100%

Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

( ) VO

( ) SNE

( ) SNG

( ) GTT

( ) NPT

( ) Zero Para: \_\_\_\_\_

Observações:

17:00h Menorado punção, paciente com Afte no 22 lateral esquerda, maciço

Observações:

05:45h Paciente em pré-operatório, exames no pré-operatório, e cirurgica

05:59 paciente no pré-operatório, La 08:30 e encaminhado ao bloco

Valmíria

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome: \_\_\_\_\_

UNICLINIC CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nasc: 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 17:33:06

Convênio: ISSEC ENFERMARIA

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

(sutura preservada sem flogose)

- Eliminações presentes

+ kollagenom

Rafael Abrante  
Enfermeiro  
CQREN-CE 424350Rafael Abrante  
Enf.  
CQREN-CE 424350  
26/01/2018 17:33:06

Rafael Nogueira Abrante /



UNICORP  
CONFERE COM O  
ORIGINAL

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome: \_\_\_\_\_



Nome do Paciente: Reginaldo, Vintas Bessa

Data: 03/02/18

Leito: 405-2

At: L. 363.200

Tipo Cirúrgico: Extensas peritoneais peri-  
mentais

Convênio: Uniclinic

Início: 05:30 Término: 07:00

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath 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	01	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	02	Caprofyl	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Caprofyl	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		Rolo 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	Pelicot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid		Pelicot 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 Foley 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			<div data-bbox="766 1411 1085 1680" data-label="Text"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. REC. 26 MAR 2018 Nome:</p> </div>		
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			<div data-bbox="1021 1836 1324 1971" data-label="Text"> <p>Dr. Vinícius M. Tenório Cirurgião de Cabeça e Pescoço CRM CE 11967 TE011304</p> </div>		
Esparrapado	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				
Diprosan	unid		Oximetazolina	Fr				

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

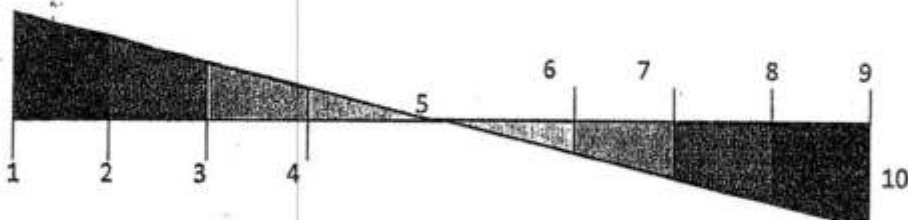
Aux 2:  
Aux 3:

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

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 <sub>2</sub>	
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	1	1	1									
P	2	2	2	2									
C	1	1	1	2	2								
R	2	2	2	2	2								
S	1	2	2	2	2								
T	7	8	8	9	9								

INTERCORRÊNCIAS

( ) HIPERTENSÃO ( ) CEFALÉIA ( ) TOSSE ( ) AGITAÇÃO ( ) VAR. GLICEMIAS ( ) ANESTESIA  
( ) HIPOTENSÃO ( ) TONTURA ( ) SECREÇÃO ( ) DELIRIUM ( ) DIST. POTÁSSIO ( ) PARESTESIAS  
( ) TAQUICARDIA ( ) NÁUSEAS ( ) DISPNEIA ( ) ANSIEDADE ( ) DIST. SÓDIO ( ) PARESÍAS  
( ) 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. Renato M. D. R. Jr.  
R. 1200 - Anestesiologia  
30/05/18 - Dr. M. D. R. Jr.

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: 116

FC: 51

SpO<sub>2</sub>: 98

( ) APARTAMENTO

( ) UTI

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

Médico Anestesiologista  
CREMEC 10169



Instituto de Clínicas do Ceará Ltda  
Prescrição Eletrônica Paciente



1722884

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

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

Data Emissão: 26/03/2018 17:33:05

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

Atendimento: 1.363.200

Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 03/02/2018 12:00:00

Pontuação: 424.339

405-2

Dieta: Zero

Observação:

Descrição Técnica:

### Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

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

20

D. P. E. 9.º S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Gefalotina 1g Po Fa Ev

1 FA 6/6 h IV

10

10

24

06

4.º S

D.O.4

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

### Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRIXOL

1x ao dia

Horarios

03 12:00

2 Curativo da F.O

1x ao dia

Horarios

03 12:00

### Recomendações

JEL-00 SAEINIZADO

Intervalo

MANTENDO

SSW + CCGG

ROTINA

Dr. Victor Monte Tenório  
Cirurgião de Cabeça e Pescoço  
CRM CE 11967 TENDT 13604

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





# OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo Trindade Gomes

DATA: 03/03/18

POSTO: 04

LEITO: 405 B

CONVÊNIO: MEC

TURNO: <u>wt</u>	AC. VENOSO:
CVP <input checked="" type="checkbox"/> Local	CVC ( ) Local ( ) Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi %	
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : %	
DIETA:	
<input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT	
( ) Zero Para:	

TURNO:	AC. VENOSO:
CVP ( ) Local	CVC ( ) Local ( ) Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi %	
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : %	
DIETA:	
( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT	
( ) Zero Para:	

Observações: As 08:40 do Paciente recebeu  
do e.c. Fisioterapia SA  
Tec. Enfermagem  
Coren ce 1028.587

As 18:00 h parte segue internado na sala de  
dos da equipe de enfermaria

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

Nome:

CONFIRMADO  
CONFIRMADO  
CONFIRMADO

Assinatura e COREN:

Antônia Clotilde Barbosa  
COREN: 1202.125. 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:  
03/02/2018

Função:  
Enfermeiro

Tipo evolução:  
Evolução

Especialidade:

Usuário:  
Rafael  
Nogueira  
Abrante

Código prof

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

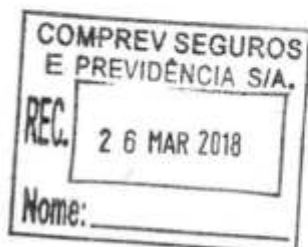
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

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

Rafael Abrante  
Enfermeiro  
424.339

Rafael Nogueira Abrante /

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



Rafael Abrante  
Enfermeiro  
424.339

UNICLINIC  
CONTINHA O ORIGINAL







OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Guinaldo Feres da Silva

DATA: 04/02/18 POSTO: 4 LEITO: 405-2

CONVÊNIO: 1556C

TURNO:		AC. VENOSO:	
CVP ( ) Local	CVC ( ) Local ( ) Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi %			
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : %			
DIETA:			
( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GIT ( ) NPT			
( ) Zero Para:			

TURNO:		AC. VENOSO:	
CVP ( ) Local	CVC ( ) Local ( ) Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi %			
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : %			
DIETA:			
( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GIT ( ) NPT			
( ) Zero Para:			

Observações: Sau da Alta Hospitalar às 12:30h Alta

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018  
Name:

Observações:

UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:



NOME DO PACIENTE:

Reginaldo Freitas Bessc

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

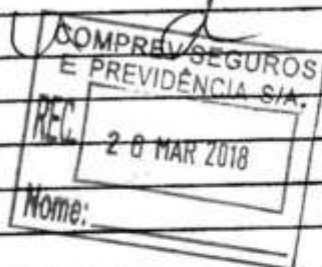
MÉDICO ASSISTENTE:

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

26/07 paciente internado  
p/ test. Lombar

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

27/07 para exames



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

UNICLINIC  
COMPROVANTE  
ORIGINAL

28/07 para o oft

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

**Uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Riginaldo Freitas LimaData: 29/01/18Leito: 405.2Convênio: Inec

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>nega</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	Hora: _____ Região: _____ ( ) Hemotransusão ( ) Ex. laboratoriais ( ) ECG	( ) Material p/ anátomo-patológico		Discriminar:	
( ) Tricotomia					
( ) Material p/ laboratório			Discriminar:		
( ) Material p/ laboratório					

Cirurgia realizada:

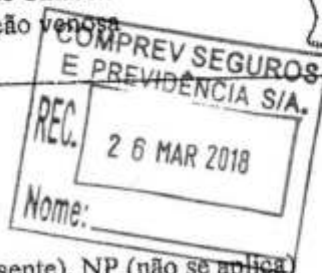
Posição do paciente na mesa cirúrgica:  
 ( ) DD ( ) LD ( ) LE ( ) GINECOLÓGICA  
 ( ) Outras: \_\_\_\_\_

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



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





NOME DO PACIENTE:

Reginaldo Freitas

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO.:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

212 Aguardo cirurgia  
de hipofisário

030218 Tarefa de

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

Dr. Vítor Manuel Tencio  
Clínica de Otorrinolaringologia  
CRM 11887  
CPF: 11887-7804

0402 Olt. hipofis

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:



<b>Encaminhado com:</b>			<b>Outros:</b>
<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	
<b>Informações adicionais:</b>			
Enfermeiro: _____			Hora: _____
Data: _____			



COMPREV SEGUROS  
COMPETE COM O  
ORIGINAL

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

<b>Encaminhado com:</b>		
<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:
<b>Informações adicionais:</b>		
Enfermeiro:	Data:	Hora:



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



# BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: Reginaldo Freitas  
Leito: 405-2

Unidade / Serviço: 104  
Admissão: 26/01/18

DIA	HORA	Temp. Pulso p/ min. (BPM)	RESP.	Pressão Arterial		DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
				Max.	Min.			
26	11/18	19:00	36, 70	20	120 x 80			<u>Amor</u>
27	11/18	06:00	36, 85	20	120 x 80			<u>Amor</u>
27	01/18	12:00	36, 61 80	20	120 70			<u>Francisco</u>
27	01/18	18:00	36 180	20	120 80			<u>Len</u>
27	01/18	22:00	36 80	20	120 80			<u>Len</u>
28	01/18	06:00	35 81	20	110 70			<u>Len</u>
28	01/18	12:00	36 180	20	110 80			<u>Francisco</u>
28	01/18	18:00	36 180	20	120 80			<u>Francisco</u>
28	11/18	20:00	36, 70	20	120 x 80			<u>Amor</u>
29	11/18	06:00	36, 85	20	120 x 70			<u>Amor</u>
29	01/18	12:00	36 80	20	120 70	—	—	Antônia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29	01/18	18:00	36,5 80	20	120 60	—	—	Antônia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
29	01/18	22:00	36,2 78	18	120 + 70			<u>el</u>
30	01/18	06:00	36,2 78	18	120 + 80	—	—	<u>el</u>
30	01/18	12:00	36 80	20	110 60	—	—	Antônia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
30	11/18	20:00	36, 49	20	120 x 70			<u>Amor</u>
31	11/18	06:00	36, 85	18	120 x 80			<u>Amor</u>
31	11/18	12:00	36, 80	19	120 x 80			<u>Amor</u>
31	11/18	18:00	36, 2 79	20	110 x 80			<u>Amor</u>
31	11/18	24:00	36,5 82	19	110 x 70			<u>Amor</u>
01	12/18	06:00	36 80	20	120 x 80			Antônia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
01	12/18	12:00	36 80	20	120 60			<u>Amor</u>
01	12/18	18:00	36, 78	18	100 x 70			<u>Amor</u>
01	12/18	20:00	36, 70	20	120 x 80			<u>Amor</u>
02	12/18	06:00	36, 82	19	120 x 80			<u>Amor</u>
02	12/18	12:00	36, 80	20	120 x 80			<u>Amor</u>
02	12/18	18:00	36, 78	20	130 x 80			<u>Amor</u>
02	12/18	24:00	36, 80	20	120 x 80			<u>Amor</u>
03	12/18	06:00	36, 78	20	110 x 80			<u>Amor</u>
03	12/18	08:30	36 80	20	110 70			Antônia Claudenice Barbosa COREN-CE 001.202.125 TE
03	12/18	12:00	36, 80	19	120 x 80			<u>Amor</u>

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



Nome do Paciente: Pedroaldo Freitas Bessa

Data: 30 / 01 / 18

Leito: 405.2

Convênio: 152c

Cirurgião: *João Negro*

Nº Atendimento: 1.363.200

Cirurgia:

### Admissão no Centro Cirúrgico

09 15:35 P2CT AD SPO

7040 73 kg

Alt 2nd - 7m 68 cm

Funcionário: Roselyne

Coren:

Trans - Operatório

Posição do paciente na mesa cirúrgica:

( ) DD ( ) LD ( ) LE ( ) GINECOLÓGICA

( ) Outras:

Preparo da pele:

(X) Clorhexidina degermante ( ) PVPI tópico

☒ Clorexidina alcoólica      ☐ PVPI degermante

Legenda:

- 

035 Patient oriented 95

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





**uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Roginaldo Freitas BessaConvênio: ISSECNº Atendimento: 1363.200

Cirurgião:

Data: 03/02/18Leito: 405-2

Cirurgia:

## ATIVIDADE

SIM/ESPEC

NÃO

NP

Data: hora:

Hora: Evac ( )

Hora:

## LOCALIZAÇÃO DO ACESSO



Jejum

Reserva de sangue

Lavagem intestinal

Banho pré operatório

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

Encaminhado por

Medicamentos em uso:

Hora:

Recebido por: Valmislani

PA: mmHg; Pulso: bpm;

Transportado em: ( ) Maca ( ) Cadeira ( ) Deambulando

Hora: 05:59

0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

T: °C; SpO2: %;

Dor:

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

Trans-Operatório

Funcionário:

Saia 07 Circulante BerlaneInstrumentadora MirabelaAnestesia Ragus

Coren:

( ) Raio X / Imagens

( ) Tricotomia Hora: Região:

( ) Hemotransusão

( ) Ex. laboratoriais

( ) ECG

( ) Material p/ anátomo-patológico

( ) Material p/ laboratório

Início

Término

Discriminar:

Discriminar:

Cirurgia realizada: Desbridamento perna D

Posição do paciente na mesa cirúrgica:

( ) DD ( ) LD ( ) LE ( ) GINECOLÓGICA

( ) Outras:

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:

Preparo da pele:

( ) Clorexidina degermante

( ) Clorexidina alcoólica

( ) PVPI tópico

( ) PVPI degermante

**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: Pne - op FT de Gumbao 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) (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 COMO  
ORIGINAL

*Aimée Viana Alexandri*  
Nutricionista  
CRN-6 14151



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

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

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

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

**DADOS BIOQUÍMICOS**

DADOS BIOQUÍMICOS	DATA	DIAGNOSTICO
Hematócrito	<u>-</u>	
Hemoglobina	<u>-</u>	
Albumina	<u>-</u>	
Contagem de linfócitos	<u>-</u>	

Hábito intestinal: (X) Diário ( ) Até 3 dias ( ) Mais 3 dias ( ) Outro

- Consistência das fezes: (X) Normal ( ) Amolecidas ( ) Duras

Diurese (Quantidade/Coloração): Normal

Possui alguma patologia associada? (X) NÃO ( ) SIM

( ) DM ( ) HA ( ) CA ( ) Dislipidemia ( ) Obesidade ( ) Magreza ( ) Outros:

Problema de mastigação/deglutição ? ( ) SIM (X) NÃO PORQUE ?

Intolerâncias e/ ou alergias alimentares: legh

UNICLINIC  
 CONFERE COMO  
 ORIGINAL





Uniclinic do Fluxo

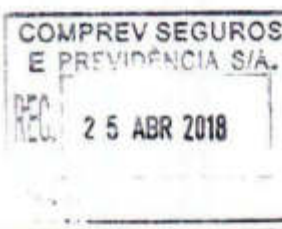
Atendo que o  
reterido dentro

foi operado de

fratura do ulna  
veio a mek mobil  
estando de alta  
de fratura, a lute.  
com de mobilidade.

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará  
[www.uniclinic.com.br](http://www.uniclinic.com.br)

PABX: (85) 3311.6000



Autenticado  
por  
2018  
2018



doar do flexão e  
extensão

Dr. João Marcelo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 12.308-4/SP-33

20/4/18





Unidade do Fluxo

Atendo por o  
reterido dentro

for, operados de

fratura do cotovelo  
velho e met. mobil  
estando de alta  
de fratura, a l. l. l.  
com de mobilidade



Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará  
[www.uniclinic.com.br](http://www.uniclinic.com.br)

PABX: (85) 3311.6000

Dr. Alexandre  
de Almeida  
Ferreira  
CRM: 10.565-52

dois de flexão e  
extensão

Dr. João Marcelo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 52.333  
CPF 427.886.425-53

20/4/18.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S.A.  
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):

*Regina de Fátima Bises*

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

*lesões extensas do TIBIA e fêmur do membro inferior direito.*

*luxação do tornozelo (ou D) e do - 543-1*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Amputação cirúrgica do fêmur do membro inferior direito e amputação do tornozelo do membro inferior direito.*  
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*100% no membro inferior direito.*  
*Edema frequente, dor, perda de membro inferior direito.*

*100% no membro inferior direito.*  
*Claudicação de membros inferiores, dificuldade de marcha, dificuldade de subir e descer escadas, dificuldade de usar calçados, dificuldade de usar meias, dificuldade de usar roupas, dificuldade de usar acessórios, dificuldade de usar produtos de higiene pessoal, dificuldade de usar produtos de beleza, dificuldade de usar produtos de limpeza, dificuldade de usar produtos de cozinha, dificuldade de usar produtos de construção, dificuldade de usar produtos de manutenção, dificuldade de usar produtos de transporte, dificuldade de usar produtos de comunicação, dificuldade de usar produtos de recreação, dificuldade de usar produtos de educação, dificuldade de usar produtos de trabalho, dificuldade de usar produtos de lazer, dificuldade de usar produtos de saúde, dificuldade de usar produtos de segurança, dificuldade de usar produtos de proteção, dificuldade de usar produtos de defesa, dificuldade de usar produtos de ataque, dificuldade de usar produtos de guerra, dificuldade de usar produtos de paz, dificuldade de usar produtos de amor, dificuldade de usar produtos de vida, dificuldade de usar produtos de morte, dificuldade de usar produtos de tudo.*

*06/06/18*

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

Dr. Mardônio Salmito Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CREMEC 4411

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



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	
FILIAÇÃO VANDERLEY FREITAS BESSA ANA LUCIA DA COSTA BESSA	
PERMISSÃO ACC CATENAS AB	
Nº REGISTRO 04434792362	VALIDADE 24/02/2018 1ª HABILITAÇÃO 20/08/2008
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Portador <i>Reginaldo Freitas Bessa</i>	
LOCAL NATAL, RN	DATA EMISSÃO 26/02/2013
ASSINATURA DO EMISSOR <i>[Assinatura]</i>	
46784624664 RN701702427	
DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

689846475

PROIBIDO PLASTIFICAR

689846475



## 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](http://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](http://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

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### 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](http://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**

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

10/05/2018 10:52:25

**Texto:**

Senhor (a) Ouvidor (a),

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.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à

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](http://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 Mendonça

**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 Mendonça

**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 Mendonça

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (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**

Carta nº 12728970





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](http://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](http://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**

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").

COBERTURA SEGURO DPVAT E PREVIDEN  
REC. 26 MAR 2018  
Nome: Roginaldo Freitas Berta

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

024.438.243-30

Nome completo da vítima

Roginaldo Freitas Berta

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>Roginaldo Freitas Berta</u>		CPF titular da conta <u>024.438.243-30</u>	Profissão <u>Autônomo</u>
Endereço <u>Rua Tailandia</u>		Número <u>100</u>	Complemento <u>AP01</u>
Bairro <u>Parque Genibau</u>	Cidade <u>Jorteliza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60534670</u>
Email		Telefone (DDD)	<u>18598749-5857</u>

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.                      D/V                      CONTA NRO.                      D/V                       
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome Bradesco NRO                       
AGÊNCIA NRO. 0625 D/V 4 CONTA NRO. 0026517 D/V 9  
(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.

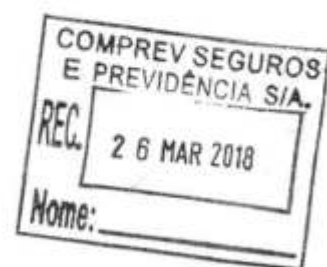
COBERTURA SEGURO DPVAT E PREVIDEN  
REC. 26 MAR 2018  
Nome: Roginaldo Freitas Berta

Jorteliza, 22 de Março de 2018  
Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

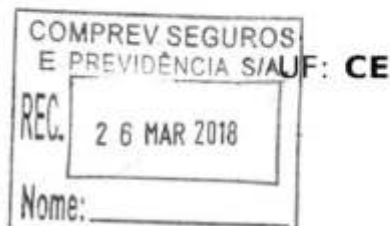
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**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*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



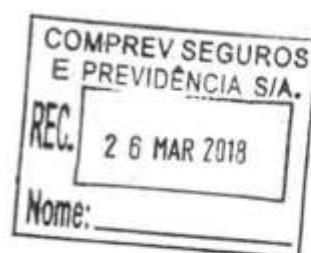
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018**

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_

**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

*Reginaldo Freitas Bessa*

*[Large handwritten signature]*



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 interditada 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 Beme

CPF da Vítima

024.438.243-30

Data do Acidente

23/01/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(21) 99653-7147

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.

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

REC.

26 MAR 2018

Nome: \_\_\_\_\_

Fortalyc 22 de Março

de 2018

Local e Data

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 ANTÔNIO BEZERRA

# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 155295	Nº DO BE 192442
NOME DO PACIENTE REGINALDO FREITAS BESSA		NASCIMENTO 13/04/1988 (29 ANOS)	SEXO M
CADSUS		NOME RESPONSÁVEL O MESMO	RACIA COR PARDO
NOME MÃE ANA LUCIA DA COSTA BESSA		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBAÚ		CEP 60.534-670	
CONTATO (85)99815-6935		OCCORRÊNCIA	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
QUEIXA SIC PACIENTE TEVE COLISÃO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI		SINAIS VITAIS	
PESO NI KG		SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C		GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO CIRÚRGICO			
ANAMNESE Paciente vítima de acidente de moto dia 24.06.18 - vítima de lesão por trauma. Ferimentos: FC=86; pulso cheio; ECG 15; relatou em um momento de lesão com lesão em tornozelo. RX tornozelo e omoplata D. - SURTIDA			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	CID
SOLICITAÇÃO: ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIO-X		( ) OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
MÉDICAMENTO # Injeção de morfina			
Luzes verdes - clareando o ambiente			
30/06/2018			
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		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

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.

Surto geral

- Atendimento surto  
em surto de lesão D.

Alta da unidade 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

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO FREITAS BESSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00625-4

CONTA: 000000026517-9

Nr. Autenticação

BRDESCO2305201805000000000023700625000000026517168750 PAGO





**Prefeitura de  
Fortaleza**

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

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE	OCORRÊNCIA
--	------------

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

SINAIS VITAIS	
PESO <b>NI KG</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	SAT O2 <b>NI%</b>
CLASSIFICAÇÃO <b>AMARELO</b>	PULSO <b>NI</b>
	GLICEMIA <b>NI</b>

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>MARIA HELENA RODRIGUES</b>	DATA E HORA DA CLASSIFIC <b>25/01/2018 08:01:</b>
---	--

ÁREA DE ATENDIMENTO <b>ATENDIMENTO CIRÚRGICO</b>	ÁREA ATENDIMENTO
---	------------------

ANAMNESE	ATENDIMENTO MÉDICO
<p><i>Acidente vítima. Acidente de moto há 2h; vim parar na rua. FC=86; pulso cheio; ECG 15; relatou em um onco D.; lesões com col. RX torax e onco D. - SURTO</i></p>	

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<p><i># Iniciar antídoto</i></p> <p><i>Luxão de punho - dor muito forte</i></p> <p><i>30/06/2018</i></p>			

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
----------------------------	---

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.

*Surto geral*

*- Nenhuma sutura  
em ferimento de tornozelo.*

*col. Alta da camera geral*

Dr. Rogério Aguiar Ximenes  
Médico  
CRM: 6919

REGINALDO FREITAS BESSA

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

*Marcia Ramos*  
Mat. 45632  
Coordenador do SAME - HDEAM

Atendimento 1.363.184   
 Paciente Reginaldo Freitas Bessa  
 Segurado Reginaldo Freitas Bessa  
 Convênio ISSEC  
 Plano ISSEC  
 Matrícula 00256695000  
 Endereço Tallandia, 100 Genibaú casa01  
 Complemento casa01

Cartão Saúde 20251211

Prontuário 424339  
 Idade 29 anos e 10 meses  
 Fone 987495857  
 Val. Carteira 26/04/2018  
 Identidade 30877225  
 Bairro Genibaú  
 Cidade Fortaleza  
 Sexo Masculino

**ATENDIMENTO ATUAL**

Setor Emergencia-Pronto Socorro  
 Atendente Raquel de Sousa Silva Santiago  
 Especialidade Traumatologia  
 Classificação Consulta

Médico/C.d Joao Ricardo Andrade de Alencar  
 Data 26/01/2018 - Sexta-feira  
 Hora 16:57:50

Queixa Principal trauma ombro dir

HDA

PROCEDIMENTO.

DIAGNOSTICO

Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

**INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS**

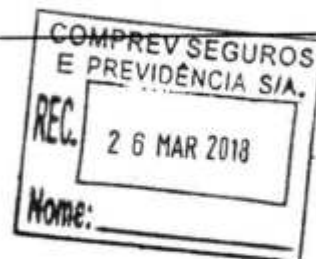
**05.867.015/0001-75**

UNIÃO DE CLÍNICAS DO CEARÁ LTDA

Av. Aguanambi, 332  
 Fátima - CEP 60.055-402

UNICLINIC  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL

*Handwritten signature*



AT 1363700

2018/02

ISSEC

RP  
19/02/18

Salv 19/02/18



**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		BAIRRO GEMINÁV	DATA DE NASC. 13/04/1988	
CIDADE FORTALEZA	CEP 60534-670	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.				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>COMPROV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</b>  REC. 26 MAR 2018  Nome: _____ </div>				
Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.				
Fortaleza (Ce),		DE	DE 2018.	
<u>Reginaldo Freitas Bessa</u> <b>PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)</b>				

**JAÍME 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 1641, 4905 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3215-1301 - cartorio@seced.com.br

Cod. 1852438243223 2- Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: \_\_\_\_\_  
 REGINALDO FREITAS BESSA  
 que comparece e/ou padroeiro nesta serventia. Dou fé.  
 Fortaleza, 16 de fevereiro de 2018, 11h12:37. Em testemunho da verdade.  
 JUIZ DE PAZ JOSÉ MAGALHÃES DINIZ (Escrevente)  
 Total: R\$ 4,03. Punct. Judicial

CONF. ORIGINAL

FICHA DE ATENDIMENTO  
INTERNAÇÃO/PQA









**uniclinic**

O hospital da sua vida

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 26/01/18

*Arduo*

Nome do Paciente:

*Leandro Guto Rosa*

Enf. Aplo.:

Leito.:

Médico.:

Credenciamento.:

Internamento:

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**HORÁRIO**

**MATERIAL UTILIZADO**

*5ml*

*(19.10)*

*Att.*

*20*

*08*

*Dolno*

*Dr. João Ricardo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CPF: 423066406-53*

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

*CONFIRMADO ORIGINAL*

Ser. 20 cc

Ser. 10 cc

Ser. 5 cc

Ser. 3 cc

Agulha 40/12

Agulha 13/4,5

Equipo

Equipo c/ lat.

Soro Fisio. 100ml

Soro Glico. 100ml

Abd 500ml p/02

S. Aspiração

BOMBA DE INFUSÃO

MED. LIG.

DES.

LIG.

OXIGÊNIO

DES.

Glicemia

Hora

Valor

Insulina

## OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo dos Reis Lima

DATA: 26/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405.2

CONVÊNIO: parto

TURNO: mat

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente

( ) Cat. Nasal ( ) Venturi %

( ) MNBZ

( ) Masc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

☒ VO

( ) SNE

( ) SNG

( ) GTT

( ) NPT

( ) Zero Para:

Observações:

As 19:00 h parte admitida parto 04  
parto normal, sem complicações para mãe e feto.  
em seguida, após 45 min + avaliação medicamentosa.  
sem alterações para no parto sem complicações.  
sem alterações da 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% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

( ) VO

( ) SNE

( ) SNG

( ) GTT

( ) NPT

( ) Zero Para:

Observações:

As 19:10 h parte laparoscopia  
diagnóstico, sem complicações para mãe e feto.  
sem alterações da enfermagem.

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

UNICLINIC  
CONFERE COM O  
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

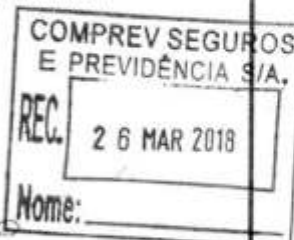
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

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  
 CREN-DE 454350

Rafael Nogueira Abrante /



UNICLINIC  
 CONFERE COM  
 FISCAL



João de Clinicas do Ceara Ltda  
Prescrição Eletrônica Paciente



1718661

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

Atendimento 1.363.200  
Convenio ISSEC / ENFERMARIA  
Prontuario 424.339

405-2

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

Data Presc. 27/01/2018 12:00:00

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

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

Genal (ou Livre que aceitar)

Dose / Intervalo / Via

Horarios

D. P. E.

dicamentos  
Cetoprofeno 100mg Fa Ev

1 FFA 12/12 h IV

28

28

2º S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações

Intervalo

Horarios

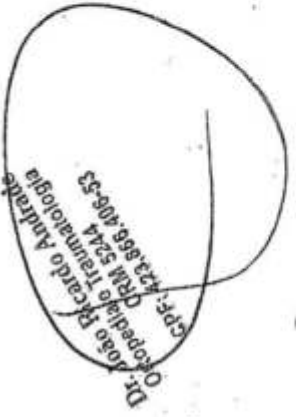
JELCO SALINIZADO

MANTENDO

SSV + CCGG

ROTINA

receber para cel cary



Samuel Magalhães da Silva  
Traumatologia Ortopedia  
CRM 10117 TEST 12554

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

CONFIRMADO  
ORIGINAL





Paciente: Reginaldo Freitas Bessa  
Data Nascto: 13/04/1988 29 Anos  
Sexo: Masculino  
Telefone: 987495857  
Leito: 405-2

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
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)

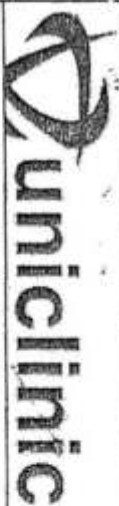
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Abrante  
Enfermeiro  
CPF: 454350

Rafael Nogueira Abrante /



COMPREV SEGUROS  
ORIGINAL



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda  
Prescrição Eletrônica Paciente



1719302

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

Atendimento 1.363.200  
Convênio ISSEC / ENFERMARIA  
Prontuário 424.339

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

Data Prescr. 26/01/2018 12:00:00

405 2

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

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
Geral (ou Livre que aceitar)				
Medicamentos			Dose / Intervalo / Via	Horários
Cetoprofeno 100mg Fa Ev			1 FA 12/12 h IV	28

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Recomendações

Intervalo

Horários

JELCO SALINIZADO

MANTENDO

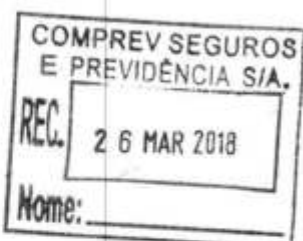
SSV + CCGG

ROTINA

Dr. Joao Ricardo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CpE: 423.866/406-53  
CRM 5244

Carla D. Capel

Samuel Magalhães da Silva  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM 10111780712554



CONFIRMAR COM O ORIGINAL



## Evolução Paciente

Paciente Reginaldo Freitas Bessa  
 Data Nascto. 13/04/1988 29 Anos  
 Sexo Masculino  
 Telefone 987495857  
 Leito 405-2

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
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)

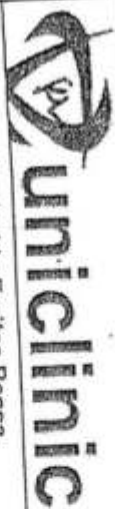
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Realizado Curativo de Perna (D) + Atadura (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes
- Cliente não apresenta queixas no período.



Darlene Rodrigues  
 Enfermeira  
 COREN CE 455211

DARLENE RODRIGUES DE OLIVEIRA COREN:455211

UNIDADE  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL



União de Clínicas do Ceará Ltda  
Prescrição Eletrônica Paciente



1719618

405-2

Paciente Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascto 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 ISSC/ENFERMARIA

Data Presc. 29/01/2018 12:00:00

Prontuário 424.339

Dieta 31 (ou Livre que acostar)

Medicamentos

Cefprozilo 100mg Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

COM ATADURA

Recomendações

JELCO SALINIZADO

SSW + CCGG

Observação

Dose / Intervalo / Via

1 FA 12/12 h IV

1x ao dia

Horários

Intervalo

Horários

MANTENDO

ROTINA

*Dieta zero apr dehydr*

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:



## OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo Freitas Rosa

DATA: 29/01/18

POSTO: 04

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: Unic

TURNNO: mat

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

☒ VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para:

Observações: As 18:00 h parti para fazer exame no lit 17

Antônia Cláudia Barbosa  
COREN-CE 001.202.125 TE

TURNNO: 5th

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

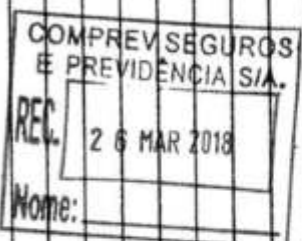
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

☒ VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para:

Observações:



CONF. ONIBUS

Assinatura e COREN:

Antônia Cláudia 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
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

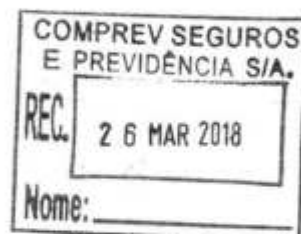
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta VO liberada
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Condutas/Intercorencias

- Aguarda autorização de procedimento cirúrgico ( )

Rafael Abrante  
Enfermeiro  
COREN/CE 454350

Rafael Nogueira Abrante



UNICLINIC  
CONTROLE DE  
QUALIDADE

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 Maurício	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/Intercorrendias

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

Ivanuza Mauricio  
Enfermeira  
COREN 311777  
IVANUZA MAURICIO

26/01/2018  
17:33:05  
ISSEC ENFERMARIA

Prescrição Eletrônica Paciente



405-2

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascimento: 13/04/1986 29a 9m 17d

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

Atendimento: 1.363.200

Genéio: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 30/01/2018 12:00:00

Prontuário: 424.339

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

Dieta: Dose Intervalo Observação

Descrição Técnica

Zero

Medicamentos

etopofeno 100mg fa EV

Dose / Intervalo / Via

20

Horários

D. P. E.

S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

COM ATADURA

Recomendações

JELOO SALINIZADO

SSW + CCG

Intervalo

Horários

MANTENDO

ROTINA

curativo de curativo e 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:

Dieta zero apr 20h

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





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 cirurgia de ombro (D)

- Especialidade: Clínica

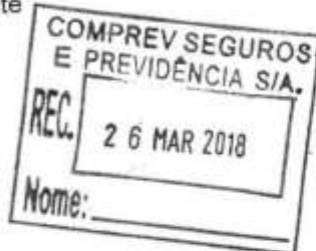
- Consciente, Orientado, Verbalizando
- Mantém autonomia respiratória
- Dieta Zero após jejum
- Renovado Curativo de Perna (D) + Crepom (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

### Condutas/Intercorrendo

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

*Rafael Abrante*  
 Enfermeiro  
 424.339

Rafael Nogueira Abrante





## FICHA DE ANESTESIA



Nome do Paciente: <u>Reginao P. Freitas Bessa</u>		At: _____	
Data: <u>30/01/18</u>		Leito: _____	
Convênio: <u>TSSec</u>		Início: <u>19:00</u> Término: <u>20:00</u>	
Procedimento: <u>Procedimento de luxação acromioclavicular - da articulação acromioclavicular</u>			

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Latex	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	Caprofil	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Caprofil	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	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	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				Nitrogênio	Dur	40
Clorexidina Aquosa	ml		Aspirador			Agulha de Veres	unid	
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico		sim			
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						
Éter	ml		OUTROS					
Extensor de 20cm	unid		Coletor de Mucosidade	unid				
Faixa de Smarch	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter Duplo Lumen	unid				
Fio Guia Hidrofilico	unid		Cateter de Hemodialise	unid				
Fita Cardíaca	unid		Heparina	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	20	Xilocalina SV 20 ML	unid				
Gaze Acolchoada	unid		Xilocalina CV 20 ML	gr				
Esterilios 2%	ml		Xilocalina Gel	unid				
Gel Foan	unid		Naropin mg	unid				
Gorro	unid	06	Kollagenase	gr				
Diprosan	unid		Adrenalina	unid				
Tela Inorg. Polipropileno	unid		Oximetazolina	Fr				

**COMPREV SEGUROS**  
**E PREVIDÊNCIA S/A.**

REC 26 MAR 2018

Nome: \_\_\_\_\_

Dr. João Ricardo Andrade  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 3244  
CPF: 121.886.408-25

Cirurgião: João Ricardo  
Aux 1: V. Monte

Anestesiista: Mauricio  
Aux 2: \_\_\_\_\_

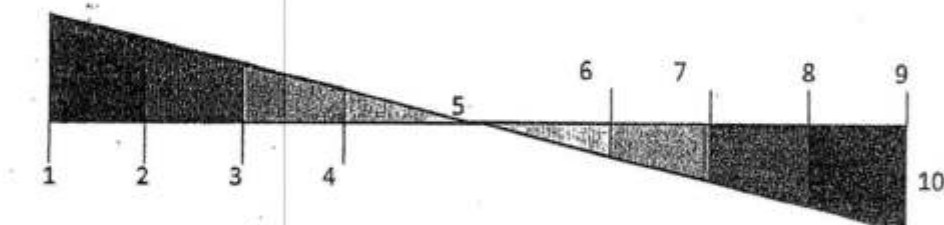
Instrumentadora: Davi  
Circulante: Carina



NOME: Reginaldo Freitas Bezerra  
 PRONTUÁRIO: 494.339  
 ATENDIMENTO: 2-363-200  
 DATA DE NASC: 13/04/1988  
 DATA ADMISSÃO: 30/01/2018  
 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



ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO <sub>2</sub>	
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	2	2	2	2	2	2	2	2
P	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
C	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
R	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
S	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
T	7	8	8	9	10	10	10	10	10	10	10	10	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 analgésico Anticídico  
Acronio, Clonazepam, Difenidramina  
Bloqueio + Soro + Dor + Medicação

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: 123x51 FC: 67 SpO<sub>2</sub>: 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  
Médico: Resp Dr. João Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

Atendimento: 1.363.200  
Contêiner: ISSEC / ENFERMARIA  
Data Prescr: 31/01/2018 12:00:00  
Prontuário: 424.339

405-2

Dieta: Dose Intervalo Observação

Descrição Técnica

Medicamentos

Dose / Intervalo / Via

Horários

D P E

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV

20

06

06 S

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

1 FA 6/6 h IV

12

16

24

06

1° S

D01/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD  
INICIO: 31/01

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

Procedimentos/ Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

Ordem Intervalo

Horários

Material

Data/Hora

1x ao dia

12

Recomendações

Intervalo

Horários

JELCO SALINIZADO

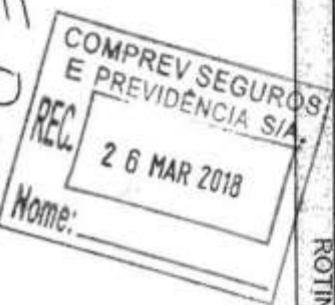
MANTENDO

SSV + CCGG

ROTINA

Dr. João de Clinicas do Ceara Ltda

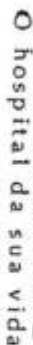
Dr. Victor Mota Junior  
Cirurgião de Cabeça e Pescoço  
CRM CE 11967 TEOT 13664



UNICLINIC  
CONFERE COM O ORIGINAL

Prescrição em F.D.

Dr. João Ricardo Andrade de Alencar  
Otopedista e Otorrinolaringologista  
CPF: 42.115.855-44



### OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 31/01/2018  
CONVÊNIO: 1524

POSTO: 67

LEITO: 405-2

**TURN ON:**

**1**

CVP ( ) Local

CVP ( ) Local	CVC ( ) Local	( ) Dissecção

## RESPIRAÇÃO:

( ) MNBZ

( ) Másf. Reservatória 100% Suo?

1 / marea media valurilor 100/0 SPU: \_\_\_\_\_%

**DIETA:**

[illegible]

( ) Zero Para:

### Observações:

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.  
26 MAR 2018

26 MAR 2018

Name: \_\_\_\_\_

UNIQUE  
CONFERS 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/Intercorrendias

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

*Rafael Abrante*  
 Rafael Nogueira Abrante

454385



*Dr.*  
 CONF. COM O  
 ORIGINAL



# 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

Contorno: ISSEC / ENFERMARIA

Data Presc: 01/02/2018 12:00:00

Portuario: 424.339

405-2

Dieta: Zero Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

## Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg / Fa Ev

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

20

06

7º

S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Cefalotina 1g Po Fa Ev

1 FA 6/6 h IV

12

18

24

06

2º

S

D02/

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO: 31/01

## Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medio

Ord. Intervalo: 1x ao dia

Horarios: 12

Material: 01

Diária: 01 12:00

EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

## Recomendações

JEJUNO SALINIZADO

Intervalo:

Horarios:

MANTENDO

SSW + CCGG

ROTINA

João Ricardo A. de Alencar  
Traumato  
CRM 5244

Carvalho

me F.O.

A

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:

CONFERE LOM O  
ORIGINAL





## OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME:

Reginaldo Freitas Braga

DATA: 01/02/18

POSTO: 04

LEITO: 405.2

CONVÊNIO: bvec

TURNO: ut

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

( ) MNBZ ( ) Masc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

☒ VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

( ) MNBZ ( ) Masc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub>: %

DIETA:

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

( ) Zero Para:

Observações: Ao 18:00 h pode seguir rotinal no leito

Antônia Claudineia Barbosa

UNICLINIC 001202123 TE

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

Nome:

Observações:

UNICLINIC 001202123 TE  
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Antônia Claudineia Barbosa  
COREN-CE 001.202.123 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/Intercorências

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

*Rafael Abrante*  
 Enfermeiro  
 CRM-CE 454358

Rafael Nogueira Abrante

UNICLINIC  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL



uniclinic

União de Clínicas do Ceará Ltda

Prescrição Eletrônica Paciente



1722117

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

Data Nascimento: 13/04/1988 29a 9m 19d

Atendimento: 1.363.200

Prontuário: 424.339

Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

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)

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

Zeiro				
Alimentações		Dose / Intervalo / Via	Horários	D P E
Cetoprofeno 100mg Fa Ev		1 FA 12/12h IV		08 8° S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF				
2 Cefalotina 1g Po Fa Ev		1 FA 6/6h IV	12 18 24 08	3° S

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

Procedimentos/Serviços	Qtds / Intervalo	Horários	Material	Dia/hora
1 Curativo Medico	1x ao dia	12		02 12:00

EM PERNA D COM ATADURA + IFUXOL				
2 Curativo da F.O	1x ao dia	12		02 12:00

Recomendações	Intervalo	Horários		
JELCO SALINIZADO		MANTENDO		
SSV + CCGG		ROTINA		

Dieta zero após 22h

CPF: 433.333.333-33  
CRM: 40520  
Dr. JOAO RICARDO ANDRADE DE ALENCAR  
após a operação de 02/02/18

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

COPIA  
NÃO REPRODUZIR  
ORIGINAL



## OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Reginaldo F. Silva

DATA: 02/02/2018

POSTO: 4

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: Blue

TURNO: \_\_\_\_\_

AC. VENOSO:

CVP ( ) Local

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

( ) MNBZ ( ) Masc. Reservatória 100% Spo<sub>2</sub> %

DIETA:

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

( ) Zero Para: \_\_\_\_\_

Observações:

17:00h Monitorado paciente em leito com Afte no 22 e umbilical desprotegido. Mãe em PIC.

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% Spo<sub>2</sub> %

DIETA:

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

( ) Zero Para: \_\_\_\_\_

Observações:

05:45h S/N: Sarambaia em leito com Afte no 22 e umbilical desprotegido. Mãe em PIC.

05:59 paciente no pré-operatório 1 de 1830 e encaminhado ao bloco.

Valmíria

UNICLINIC  
CONFERE COM  
ORIGINAL

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

Paciente:	Reginaldo Freitas Bessa	Atendimento:	1.363.200
Data Nasc:	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 + kollagenom
- (sutura preservada sem flogose)
- Eliminações presentes

Rafael Abrante  
Enfermeiro  
CQREN-CE 424339

Rafael Abrante  
Enf.  
CQREN-CE 424350

Rafael Nogueira Abrante /



UNICLINIC  
CONFERE COMO  
ORIGINAL

UNICORP  
CONFERE COM O  
ORIGINAL

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome: \_\_\_\_\_



Nome do Paciente: Reginaldo, Vidas Bessa

Data: 03/02/18

Leito: 405-2

At: L. 363.200

Tipo Cirúrgico: Extensas peritoneais peri-mentes

Convênio: Uniclinic

Início: 05:30 Término: 07:00

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath 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	01	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	02	Caprofyl	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	01	Caprofyl	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		Rolo 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	Pelicot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid		Pelicot 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 Foley 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			<div data-bbox="766 1411 1085 1680" data-label="Text"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. REC. 26 MAR 2018 Nome:</p> </div>		
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			<div data-bbox="1021 1836 1324 1971" data-label="Text"> <p>Dr. Vinícius M. Tenório Cirurgião de Cabeça e Pescoço CRM-CE 11967 TE011304</p> </div>		
Esparradrapo	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				
Diprosan	unid		Oximetazolina	Fr				

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

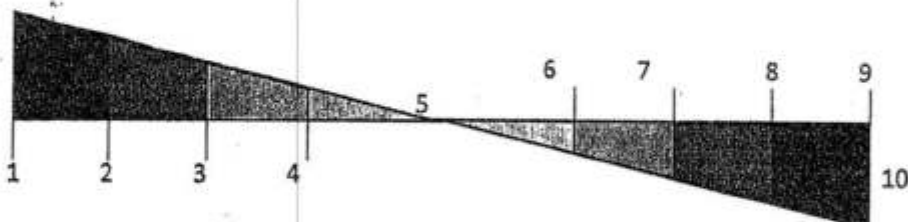
Aux 2:  
Aux 3:

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

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 <sub>2</sub>	
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	1	1	1									
P	2	2	2	2									
C	1	1	1	2	2								
R	2	2	2	2	2								
S	1	2	2	2	2								
T	7	8	8	9	9								

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)

Dr. Renato M. D. P. Jr.  
R. 1200 - Anestesiologia  
30/02/18 - Dr. M. D. P. Jr.

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: 116

FC: 51

SpO<sub>2</sub>: 98

( ) APARTAMENTO

( ) UTI

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

Médico Anestesiologista  
CREMEC 10169



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda  
Prescrição Eletrônica Paciente



1722884

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

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

Data Emissão: 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: 03/02/2018 12:00:00

Pontuação: 424.339

405-2

Dieta: Zero

Observação:

Descrição Técnica:

### Medicamentos

1 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

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

20

D. P. E. 9.º S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF

2 Gefalotina 1g Po Fa Ev

1 FA 6/6 h IV

10

10

24

06

4.º S

D.O.4

SEPARAR 1 FA EM 18 AD

INICIO:31/01

### Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico

EM PERNA D COM ATADURA + IRIXOL

Ciclo / Intervalo: 1x ao dia

Horarios:

Materia:

D. P. E. 03 12:00

2 Curativo da F.O

Intervalo: 1x ao dia

Horarios:

D. P. E. 03 12:00

### Recomendações

JEL-00 SAEINIZADO

Intervalo:

MANTENDO

SSW + CCGG

Intervalo:

ROTINA

Dr. Victor Monte Tenório  
Cirurgião de Cabeça e Pescoço  
CRM CE 11967 TENDT 13604

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





# OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Roginaldo Trindade Gomes

DATA: 03/03/18

POSTO: 04

LEITO: 405 B

CONVÊNIO: MEC

TURNO: <u>wt</u>	AC. VENOSO:
CVP <input checked="" type="checkbox"/> Local	CVC ( ) Local ( ) Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi _____ %	
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : _____ %	
DIETA:	
<input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT	
( ) Zero Para:	

TURNO:	AC. VENOSO:
CVP ( ) Local	CVC ( ) Local ( ) Dissecção
RESPIRAÇÃO:	
( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi _____ %	
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : _____ %	
DIETA:	
( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT	
( ) Zero Para:	

Observações: As 08:40 do Paciente recebeu  
do e.c.  
Antônio Carlos de Jesus  
Fiziane de SA  
Tec. Enfermagem  
Coren ce 1028.587

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

As 18:00 h parte segue internado na sala de observação  
dos da equipe de enfermagem

CONFIRMADO  
CONFERMADO  
CONFIRMADO

Assinatura e COREN: Antônia Clotilde Barbosa  
COREN: 1202.125 - 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:  
03/02/2018

Função:  
Enfermeiro

Tipo evolução:  
Evolução

Especialidade:

Usuário:  
Rafael  
Nogueira  
Abrante

Código prof

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

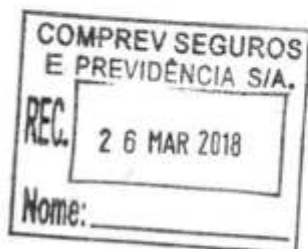
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de Moto / batida Carro / Moto. Apresenta Fratura de Ombro (D)

- 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  
424.339

Rafael Nogueira Abrante /

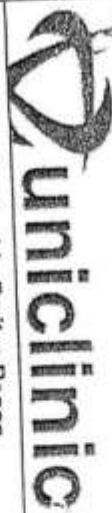
Em tempo ...  
Realizado procedimento de Limpeza em Perna (D) no período



Rafael Abrante  
Enfermeiro  
424.339

UNICLINIC  
CONTAR COM O  
ORIGINAL





Uniclinic  
Prescrição Eletrônica Paciente



1723415

405-2

Paciente: Reginaldo Freitas Bessa

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

Atendimento: 1.363.200  
Convênio: ISSEC / ENFERMARIA

Pontuação: 424.339

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

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

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

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica	Dose / Intervalo / Via	Horários	D. P. E.
-------	------	-----------	------------	-------------------	------------------------	----------	----------

Medicamentos							
Cefeporo 100mg Fa Ev					1 FA 12/12 h IV		10° S

SEPARAR 1 FA EM 100ML DE SF					1 FA 6/6 h IV	12	18	24	06	08	5° S
2 Cefalotina 1g Po Fa Ev											

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

Material: Dose/Hora: 04 12:00

Procedimentos/Serviços

1 Curativo Medico  
EM PERNA D COM ATADURA + IRUXOL

2 Curativo da F.O

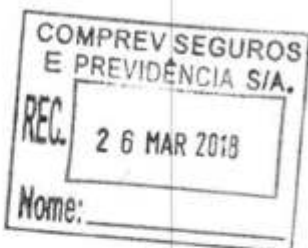
Recomendações

JELCO SALINIZADO

SSVV + CCGG

ROTINA  
MANTENDO

Suchuan S  
elha hnhah C



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



## OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Roginaldo F. Rebelo Silva

DATA: 04/02/18

POSTO: 4

LEITO: 405-2

CONVÊNIO: 1556C

TURNO:		AC. VENOSO:	
CVP ( ) Local	CVC ( ) Local ( ) Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi %			
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : %			
DIETA:			
( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GIT ( ) NPT			
( ) Zero Para:			

TURNO:		AC. VENOSO:	
CVP ( ) Local	CVC ( ) Local ( ) Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi %			
( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : %			
DIETA:			
( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GIT ( ) NPT			
( ) Zero Para:			

Observações: Sau da Alta Hospitalar às 12:30h Alta

Observações:

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 MAR 2018

Nome:

UNICLINIC  
CONFERE COM O  
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:



NOME DO PACIENTE:

Reginaldo Freitas Bessc

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

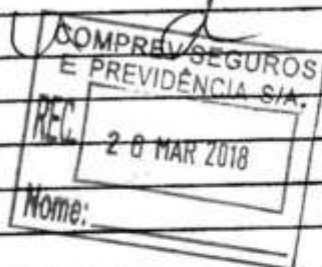
MÉDICO ASSISTENTE:

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

26/07 paciente internado  
p/ test. Lombar

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

27/07 para exames



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

UNICLINIC  
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
ORIGINAL

28/07 para o oft

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

**Uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Riginaldo Freitas LimaData: 29/01/18Leito: 405.2Convênio: Inec

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>nega</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:					

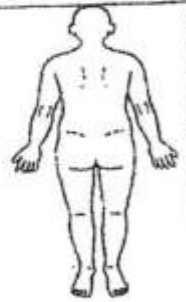
Posição do paciente na mesa cirúrgica:  
( ) DD ( ) LD ( ) LE ( ) GINECOLÓGICA  
( ) Outras: \_\_\_\_\_

**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



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





NOME DO PACIENTE:

Reginaldo Freitas

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO.:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

212 Aguardo cirurgia  
de hipotese

030218 Tarefa de

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

Dr. Vítor Manoel Tencio  
Clínica de Cirurgia Geral  
CRM 11887  
CPF: 11887-7804

0402 01h - hipotese

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:



<b>Encaminhado com:</b>			
<input type="checkbox"/> Venoclise	<input type="checkbox"/> Intubação	<input type="checkbox"/> SVD	Outros:
<input type="checkbox"/> Dreno	<input type="checkbox"/> SNG/SNE	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	
<b>Informações adicionais:</b>			
Enfermeiro: _____			Data: _____ Hora: _____



COMPREV SEGUROS  
COMPREV S/A  
ORIGINAL

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

<b>Encaminhado com:</b>		
<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:
<b>Informações adicionais:</b>		
Enfermeiro:	Data:	Hora:



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

**Uniclinic**

O hospital da sua vida

**BOLETIM DE RECUPERAÇÃO**Nome: Reginaldo FreitasLeito: 405-2Unidade / Serviço: 104Admissão: 26/01/18

DIA	HORA	Temp. Pulso p/ min. (BPM)	RESP.	Pressão Arterial		DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
				Max.	Min.			
26/11/18	19:00	36,70	20	120	80			<u>Amor</u>
27/11/18	06:00	36,85	20	120	80			<u>Amor</u>
27/11/18	12:00	36,6/80	20	120	70			<u>Francisco</u>
27/11/18	18:00	36,180	20	120	80			<u>Len</u>
27/11/18	22:00	36,80	20	120	80			<u>Len</u>
28/11/18	06:00	35,81	20	110	70			<u>Len</u>
28/11/18	12:00	36,180	20	110	80			<u>Francisco</u>
28/11/18	18:00	36,180	20	120	80			<u>Francisco</u>
28/11/18	20:00	36,70	20	120	80			<u>Amor</u>
29/11/18	06:00	36,85	20	120	70			<u>Amor</u>
29/11/18	12:00	36,80	20	120	70			<u>Amor</u>
29/11/18	18:00	36,580	20	120	60			<u>Amor</u>
29/11/18	22:00	36,2/78	18	120	70			<u>Amor</u>
30/11/18	06:00	36,2/78	18	120	80			<u>Amor</u>
30/11/18	12:00	36,80	20	110	60			<u>Amor</u>
30/11/18	20:00	36,49	20	120	70			<u>Amor</u>
31/11/18	06:00	36,85	18	120	80			<u>Amor</u>
31/11/18	12:00	36,680	19	120	80			<u>Amor</u>
31/11/18	18:00	36,279	20	110	80			<u>Amor</u>
31/11/18	24:00	36,582	19	110	70			<u>Amor</u>
01/12/18	06:00	36,80	20	120	80			<u>Amor</u>
01/12/18	12:00	36,80	20	120	60			<u>Amor</u>
01/12/18	18:00	36,78	18	100	70			<u>Amor</u>
01/12/18	20:00	36,70	20	120	80			<u>Amor</u>
02/12/18	06:00	36,82	19	120	80			<u>Amor</u>
02/12/18	12:00	36,480	20	120	80			<u>Amor</u>
02/12/18	18:00	36,278	20	130	80			<u>Amor</u>
02/12/18	24:00	36,80	20	120	80			<u>Amor</u>
03/12/18	06:00	36,78	20	110	80			<u>Amor</u>
03/12/18	08:30	36,80	20	110	70			<u>Amor</u>
03/12/18	12:00	36,80	19	120	80			<u>Amor</u>

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.

26 MAR 2018

Nome: \_\_\_\_\_

MOD. 3

**Uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Roginaldo Freitas LimaData: 30/01/18Leito: 405-2Convênio: IsracCirurgião: João MarceloNº 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>Não</u>				
Encaminhado por	Hora:	Recebido por: <u>João Marcelo</u>	Hora: <u>15:35</u>		
Medicamentos em uso:	Transportado em: ( ) Maca ( ) Cadeira ( ) Deambulando				
PA: <u>110x60</u> mmHg; Pulso: <u>36</u> bpm; T: <u>36</u> °C; SpO2: <u>98</u> %; Dor: <u>0</u>					
0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável					

**Admissão no Centro Cirúrgico**DS 15:35 PCLT DO SPOJoão FreitasAltura - 1m 68cmFuncionário: João Marcelo

Coren:

Até 30/01/2018  
 At. de Enfermagem  
 CRP-CE 246355

**Trans - Operatório**

Sala	Circulante	Instrumentadora	Anestesia	Início	Término
( ) Raio X/ Imagens		( ) Material p/ anátomo-patológico		Discriminador	
( ) Tricotomia Hora: _____ Região: _____		( ) Material p/ laboratório		Discriminador	
( ) Hemotransusão					
( ) Ex. laboratoriais					
( ) ECG					
Cirurgia realizada: <u>Brut 6m</u>					

**Posição do paciente na mesa cirúrgica:**

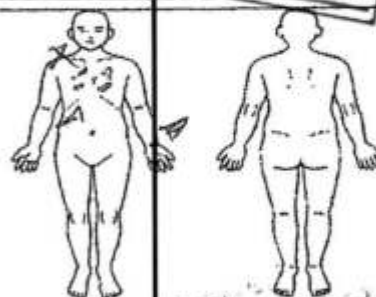
( ) DD ( ) LD ( ) LE ( ) GINECOLÓGICA  
 ( ) Outras: \_\_\_\_\_

**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

Obs Paciente orientado SK

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



**uniclinic**

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: Roginaldo Freitas BessaConvênio: ISSECNº Atendimento: 1363.200

Cirurgião:

Data: 03/02/18Leito: 405-2

Cirurgia:

## ATIVIDADE

SIM/ESPEC

NÃO

NP

Data: hora:

Hora: Evac ( )

Hora:

## LOCALIZAÇÃO DO ACESSO



Jejum

Reserva de sangue

Lavagem intestinal

Banho pré operatório

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

Encaminhado por

Medicamentos em uso:

Hora:

Recebido por: Valmislani

PA: mmHg; Pulso: bpm;

Transportado em: ( ) Maca ( ) Cadeira ( ) Deambulando

Hora: 05:59

0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

T: °C; SpO2: %;

Dor:

Admissão no Centro Cirúrgico

Os 05:59 paciente no pré-operatório

Funcionário:

Trans-Operatório

Saia 07 Circulante BerlianeInstrumentadora MirabelaAnestesia Ragus

Coren:

( ) Raio X / Imagens

( ) Tricotomia Hora: Região:

( ) Hemotransfusão

( ) Ex. laboratoriais

( ) ECG

( ) Material p/ anátomo-patológico

( ) Material p/ laboratório

Início

Término

Discriminar:

Discriminar:

Cirurgia realizada:

Desbridamento perna D

Posição do paciente na mesa cirúrgica:

( ) DD ( ) LD ( ) LE ( ) GINECOLÓGICA

( ) Outras:

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:

Preparo da pele:

( ) Clorexidina degermante

( ) Clorexidina alcoólica

( ) PVPI tópico

( ) PVPI degermante



**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: Pne - op FT de Gumbao 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) (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 COMO  
ORIGINAL : 1

*Aimée Viana Alexandri*  
Nutricionista  
CRN-6 14151



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

PACIENTE: Reginaldo Freitas Gomes SEXO: M  
 IDADE: 24 DIAGNOSTICO: Pne - no FT de Gumbira D  
 DATA AVALIAÇÃO: 27 / 01 / 18 DATA DE REAVALIAÇÃO 16 / 02 / 18  
 PRESCRIÇÃO DA DIETA EM PRONTUÁRIO: geral  
 PACIENTE EM ISOLAMENTO DE CONTATO ( ) SIM (X) NÃO

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

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

**DADOS BIOQUÍMICOS**

DADOS BIOQUÍMICOS	DATA	DIAGNOSTICO
Hematócrito	<u>-</u>	
Hemoglobina	<u>-</u>	
Albumina	<u>-</u>	
Contagem de linfócitos	<u>-</u>	

Hábito intestinal: (X) Diário ( ) Até 3 dias ( ) Mais 3 dias ( ) Outro

- Consistência das fezes: (X) Normal ( ) Amolecidas ( ) Duras

Diurese (Quantidade/Coloração): Normal

Possui alguma patologia associada? (X) NÃO ( ) SIM

( ) DM ( ) HA ( ) CA ( ) Dislipidemia ( ) Obesidade ( ) Magreza ( ) Outros:

Problema de mastigação/deglutição ? ( ) SIM (X) NÃO PORQUE ?

Intolerâncias e/ ou alergias alimentares: legh

UNICLINIC  
 CONFERE COMO  
 ORIGINAL



REGINALDO FREITAS BESSA  
End. Postal: RUA TAILANDIA 00100-AP 01  
PARQUE GENIBAU - FORTALEZA - 60534670  
Medidor: 443313  
Classe: 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
RG/CPF/CNPJ: 024438243-30  
Nome do Responsável: \_\_\_\_\_  
Posto: 0000 D47P  
CGF: \_\_\_\_\_

**DATAS**

Mês de Referência: Fev 18  
Data de Apresentação: 18  
Previsão Próxima Leitura: 14/03/2018

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto: \_\_\_\_\_  
Mês: Dez/2017

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$): 73,26  
Alíquota: 12,00%  
Valor do Imposto: 8,79

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

6580.3560.7000.5000.1004.4770-466.8560

**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	0,6872	73,26

15/02/18 10/01/18 36 DIAS 107 73,26

**DESCRIÇÃO**

VALOR COT. 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 - (tarifas)	0,00
Tributos (ICMS, PIS/COFINS)	9,73
<b>TOTAL</b>	<b>82,99</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

107	107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-----	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>): 46,25  
Compensado kg (CO<sub>2</sub>): 0,00  
Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>): 0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGURO DO DÍGITO VERIFICADOR.

Chave de acesso e senha e entre no site do aplicativo (www.cnpj.gov.br) da empresa, site e chip@saude.gov.br

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 para VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

REC. 26 MAR 2018

Nome: \_\_\_\_\_

Nº do Cliente: 8885688-7  
Data de Emissão: 15/02/2018  
Nº da Nota Fiscal: 513270288

Referência: Fev/2018  
Total a Pagar (R\$): 82,99  
Nº de Controle: 0008885688 00001 39012 26

838700000000-1 82990031000-5 00088856880-0 00013901237-0





Uniclinic do Fluxo

Atendo que o  
reterido dentro

foi operado de

fratura do ulna  
veio a mek mobil  
estando de alta  
de fratura, a lute.  
com de mobilidade.

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

[www.uniclinic.com.br](http://www.uniclinic.com.br)

PABX: (85) 3311.6000

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 25 ABR 2018

Autenticado  
em 25/04/2018  
por 308.575.35

doar do flexão e  
extensão

Dr. João Marcelo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 12.308-4/SP-33

20/4/18







Unidade do Fluxo

Atendo por o  
reterido dentro

for, operados de

fratura do cotovelo  
veio a mek mobil  
estando de alta  
de fratura, a lute  
com de mobilidade



Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará  
[www.uniclinic.com.br](http://www.uniclinic.com.br)

PABX: (85) 3311.6000

Dr. Alexandre  
de Almeida  
Ferreira  
CRM: 10.565-5

dois de flexão e  
extensão

Dr. João Marcelo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 52.333  
CPF 427.886.425-53

20/4/18.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A  
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  
CEARA, 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

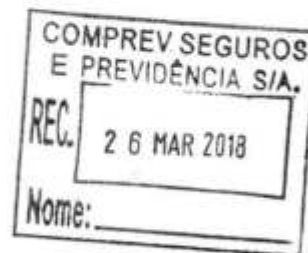
Veículo: PAS/MOTOCICLO  
Modelo: HONDA/CG 125 FAN RS.  
Ano: 2009/2010  
Placa: NUG 9225  
Chassi: 9C2JC4110AR544191  
Data do Acidente: 25-04-2018  
Local e Data: Fortaleza 22 de março 2018



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, 4755 - Antonio Bezerra Fone: (85) 3213-3301  
Cód. (7768642458040) 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\$ 4,16. Funco: t



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):

*Regina de Fátima Bises*

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

*lesões extensas do TIBIA e*  
*inter-malis.*

*luxação do tornozelo (ou D)*  
*elo - S 93.1*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Ampliar a cirurgia do joelho do*  
*menisco e cirurgia*  
*do tornozelo do tornozelo D.*  
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,  
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Cicatrizes no joelho direito*  
*edema frequente, dor, perda*  
*do membro inferior.*

*Cicatrizes no antebraço direito*  
*clavícula do antebraço*  
*distal do antebraço*  
*do antebraço, limitando a flexão*  
*interna e externa do membro*  
*distal do antebraço.*  
*Perda funcional*  
*do membro inferior*

*06/06/18*

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411

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

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

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	
FILIAÇÃO VANDERLEY FREITAS BESSA ANA LUCIA DA COSTA BESSA	
PERMISSÃO AB	
ACC AB	
CAT. NAS AB	
Nº REGISTRO 04434792362	VALIDADE 24/02/2018
1ª HABILITAÇÃO 20/08/2008	
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Portador: <i>Reginaldo Freitas Bessa</i>	
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](http://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](http://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

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### 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](http://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](http://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 Mendonça

**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 Mendonça

**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 Mendonça

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (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**

Carta nº 12728970





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: INTERRUÇÃO 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](http://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](http://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**

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").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

024.438.243-30

Nome completo da vítima

Reginaldo Freitas Berta

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Reginaldo Freitas Berta		CPF titular da conta 024.438.243-30	Profissão Autônomo
Endereço Rua Tailandia		Número 100	Complemento APO1
Bairro Parque Genibau	Cidade Jortoliza	Estado CE	CEP 60534670
Email		Telefone (DDD) 185	98749-5857

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)

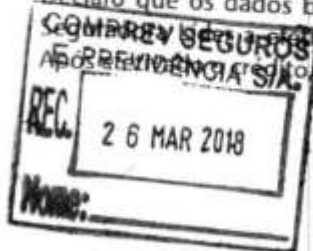
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome Bradesco	NRO.
AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO.	D/V
(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 realizar 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.



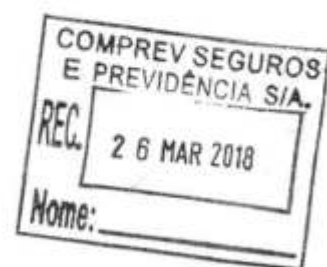
Jortoliza, 22 de Março de 2018

Local e Data

[assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

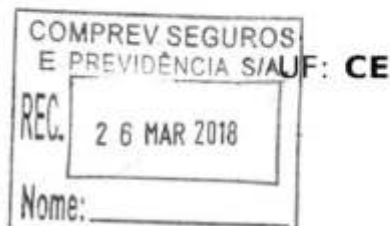
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**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*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



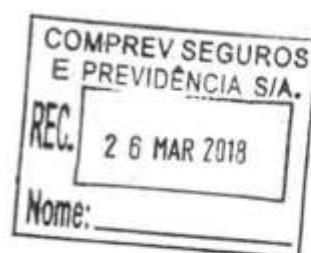
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1297 / 2018**

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_

**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

*Reginaldo Freitas Bessa*

*[Large handwritten signature]*



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 interditada 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 Beme

CPF da Vítima

024.438.243-30

Data do Acidente

23/01/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(21) 99653-7147

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.

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

REC.

26 MAR 2018

Nome: \_\_\_\_\_

Fortalyc 22 de Março

Local e Data

de 2018

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 ANTÔNIO BEZERRA

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 155295	Nº DO BE 192442
NOME DO PACIENTE REGINALDO FREITAS BESSA		NASCIMENTO 13/04/1988 (29 ANOS)	SEXO M
CADSUS		NOME RESPONSÁVEL O MESMO	RACIA COR PARDO
NOME MÃE ANA LUCIA DA COSTA BESSA		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
ENDEREÇO RUA TAILÂNDIA 100 CASA 01 PARQUE GENIBAÚ		CEP 60.534-670	
CONTATO (85)99815-6935			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
QUEIXA SIC PACIENTE TEVE COLISÃO MOTO COM CARRO APOS QUEDA LACEROU MID		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI		SINAIS VITAIS	
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	
TEMPERATURA NI °C		SAT O2 NI%	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		PULSO NI	
		GLICEMIA NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA RODRIGUES		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 25/01/2018 08:00	
ÁREA DE ATENDIMENTO			
ATENDIMENTO CIRÚRGICO			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Paciente vítima de acidente de moto dia 24. VTM. Perim. Perim. Guarnição. Fc=86; pulso cheio; ECG 15; relato em um onco D. Lesão com lesão em perim. col. RX torax e onco D. - SURTIDA			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
SAGY SOLICITADO: ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIO-X		( ) OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	
MÉDICAMENTO		OBSERVAÇÕES	
# Iniciar atestado			
Lux 99 guarnição - clonitamb. ambu			
30/06/0100			
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		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

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.

URGIA Geral

- Atendimento SURTIDA em perim de lesão D.

col. 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

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO FREITAS BESSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00625-4

CONTA: 000000026517-9

Nr. Autenticação

BRDESCO2305201805000000000023700625000000026517168750 PAGO



REGINALDO FREITAS BESSA  
End. Postal: RUA TAILANDIA 00100-AP 01  
PARQUE GENIBAU - FORTALEZA - 60534670  
Medidor: 443313  
Classe: 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
RG/CPF/CNPJ: 024438243-30  
Nome do Responsável: \_\_\_\_\_  
Posto: 0000 D47P  
CGF: \_\_\_\_\_

**DATAS**

Mês de Referência: Fev 2018  
Data de Apresentação: 18  
Previsão Próxima Leitura: 14/03/2018

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto: \_\_\_\_\_  
Mês: Dez/2017

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$): 73,26  
Alíquota: 12,00%  
Valor do Imposto: 8,79

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

6580.3560.7000.5000.1004.4770-466.9560

**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	0,6872	73,26

15/02/18 10/01/18 36 DIAS 107 73,26

**DESCRIÇÃO**

VALOR COT. ILLUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

**VALOR (R\$)**

73,26  
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 - (tarifas)	0,00
Tributos (ICMS, PIS/COFINS)	9,73
<b>TOTAL</b>	<b>82,99</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

107	107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-----	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>): 46,25  
Compensado kg (CO<sub>2</sub>): 0,00  
Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>): 0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGURO DO DÍGITO VERIFICADOR.

Chave de acesso e senha e entre no site do sistema de acesso da rede, 24h e 7 dias por semana, 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 para VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

REC. 26 MAR 2018

Nome: \_\_\_\_\_

Nº do Cliente: 8885688-7  
Data de Emissão: 15/02/2018  
Nº da Nota Fiscal: 513270288

Referência: Fev/2018  
Total a Pagar (R\$): 82,99  
Nº de Controle: 0008885688 00001 39012 26

838700000000-1 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  
CEARA, 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: 2009/2010  
Placa: NUG 9225  
Chassi: 9C2JC4110AR544191  
Data do Acidente: 25-01-2018  
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, 4755 - Antonio Bezerra Fone: (85) 3213-3301  
Cód. (7768642458040) 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\$ 4,16. Funco: t

