



ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221276 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29616>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda, mensais, bem como respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Renato Mangabeira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254-37 Inscrição na Vítima da Vítima conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

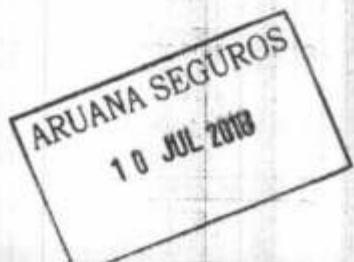
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Pç Fernandes Vieira</u>	<u>sd. atlântico</u>	<u>Olinda</u>	<u>21</u>	<u>05-B</u>
Email			Estado	CEP
			<u>PE</u>	<u>53240-300</u>
			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
			<u>(81) 3011 3024</u>	

Olinda, 02 de agosto de 2018
Local e Data

Renato Mangabeira
Assinatura do Declarante



13/07/2018

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO F.
CPF: 105.683.254-83

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC FERNANDES VIEIRA 21 B

JARDIM ATLÂNTICO/OLINDA
53140-380 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

22/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

463,78

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

15/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

15/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

020465142

CONTA CONTRATO

007027588778

Nº DO CLIENTE

2018265629

Nº DA INSTALAÇÃO

0002861165

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9184.F72E.1676.0C91.D309.5581.FF25.E906

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	546,00	0,73927710,	403,64
Acréscimo Bandeira AMARELA		3,68	19,34
Acréscimo Bandeira VERMELHA		28,54	82,54
Contribuição Iluminação Pública		3,57	12,69
ICMS Subvenção-CDE-NF 013084777-16/04/18		7,87	61,91
Multa por atraso-NF 013084777 - 16/04/18		3,15	9,45
Juros por atraso-NF 013084777 - 16/04/18		1,81	5,43
Atualização IGPM-NF 013084777 - 16/04/18			
TOTAL DA FATURA			463,78

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) da energia citada(s):

Vencida	Dt. Reav	Valor
22/06/18	15/06/18	472,60

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com estrangalamento nacional. Este comunicado não eximiu o devedor de débitos anteriores nem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,73927710	JUN	16 kWh
		MAI	18 kWh
		ABR	18 kWh
		MAR	18 kWh
		FEV	19 kWh
		JAN	16 kWh
		DEZ	17 kWh
		NOV	17 kWh
		OUT	17 kWh
		SET	17 kWh
		AGO	17 kWh
		JUL	17 kWh
		JUN	17 kWh

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

ATUAL	Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
426,84	25,06	106,71	426,84	8,79

ICMS

PIB

COFINS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
426,84	25,06	106,71	426,84	8,79	3,37	426,84	3,68	15,62

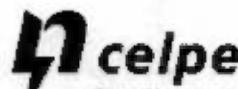
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Interruções	01/06/18	0,42	4,83	8,67	16,34

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndia 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANGELA CREUZA DA SILVA BRASILEIRO
CPF: 042.320.934-51 NIS: 20436475868

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA POLÔNIA 458 CS-01
PRIVE BALNEARIO CAMBORIU
N 3A DO OPAU AMARELO
53431-080 PAULISTA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

13/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

06/07/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

022949318

CONTA CONTRATO

007014520273

Nº DO CLIENTE

2012946030

Nº DA INSTALAÇÃO

0005801811

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5FB6.6424.7B90.28CF.828C.B14C.EEE9.2342

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIPÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,25257684	7,57
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,43298853	30,30
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	111,00	0,64048280	72,09
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,00
Contribuição Iluminação Pública			17,65
ICMS Subvenção-CDE-INF 015578387-08/05/18			0,88
TOTAL DA FATURA			139,39

3011 3224

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
120,88	25,00	30,21	120,88	0,92	1,11	120,88	4,28	5,17

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,17822630
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,30222800
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,43320900

HISTÓRICO DE CONSUMO

	kWh
JUL 18	211
JUN 18	141
MAJ 18	209
ABR 18	159
MAR 18	203
FEV 18	158
JAN 18	163
DEZ 17	218
NOV 17	179
OUT 17	190
SET 17	165
AGO 17	166
JUL 17	145

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
geração de Energia	43,19
transmissão	0,28
distribuição (celpe)	24,61
encargos setoriais	8,57
tributos	36,49
TOTAL	120,88
	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
maio/2018					
DIC-No de horas sem Energia	PAU AMARELO	2,15	5,07	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,23	8,47	16,94
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,88	0,00	9,00
DICRI-Durapão de Interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 39,23					
Todo Consumidor possui estrela e apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Akaspas: Rua Dr Luiz Ignacio de Andrade Ilha Janga / Bliga Farma: Rua Doutor Benício da Paixão Amarelo. Lista completa em www.celpe.com.br.
No dia da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.114/ANEEL). Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês. desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 51,90.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220	202
231	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTÁGIO CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007014520273	07/2018	0,00	13/07/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2018APH000789 Div. Op.

Com fulero no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª), OZEIAS BERNADO DA SILVA, 40 anos, (a), SOLTEIRO(a), RG nº 4772836 SSSPPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 921.241.434-68, residente à RUA 198, nº 156, CASA, CAETES I, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/05/2018, por volta das 12:20 hs, no endereço: RODOVIA PE-22, S/N. MARANGUAPE PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA 50CC ITÁLICA, PRETA E PLACA OYU9621-PE.; AUTOMÓVEL FIAT UNO MILLE PRATA NNJ0929-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANDRE BERNADO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 771.117.614-72 e Registro Geral nº , atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710382-4 ORLANDO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DO ESPINHEIRO. Registrado(a) com o prontuário nº 1553526. Ficou aos cuidados do médico LYVISON A. AGUIAR , registro 24238. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 07/06/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000789

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018



**DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE**

Nº / ANO
K-1510/18



SP-PE - KM 100,000
MUNICÍPIO - Igarapé-Açu
Batalhão de Polícia Rodoviária

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO	X	SEM ANEXO	
-----------	---	-----------	--

Município	PAULISTA	Rodovia	PE-022	Km	
Ponto de Referência	EM FRENTE A ENTRADA DE MANEPA			Data	19/05/2018
Dia da Semana	SÁBADO	HORA/OCORRÊNCIA	12:18	Hora/Cheg./Pr	13:00

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CHOQUE	CAPÔTAMENTO	
Pedestre	Longitudinal	Frontal	Poste, Árvore	Tombamento	
Animal	Transversal	X	Traseira	Muro, Casa	Saída da Pista
				Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÉNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	
Nº VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE		02	IDENT.	02	NÃO IDENT	

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA	CONDIÇÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMÁFORO
Longo da Via	X	Seca	X	Bom
Cruzamento		Molhada		Chuva
Outros		Enlameada		Nebulosa
		Oleada		Gelada

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

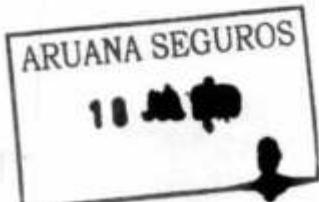
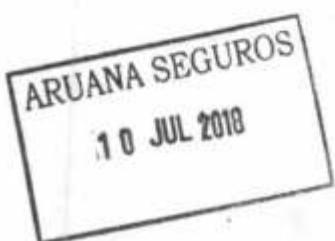
Policial	Placa "Para"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F. Pedestre	X	Placa "Dê a Pref."	Única X
F. Retenção	X	Não há Placas	Dupla

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	VI/V2
Enc. Para Exame		Socorrido	
Não foi Realizado	VI/V2	Esvadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	NÃO HOUVE	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias		



VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRAÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI/V2	Passageiro	VI/V2	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	
De tração animal		Tração		Aluguel	VI/V2

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES VEÍCULO - 01

Marca	LONCIM	Modelo	ITALIKA XTZ	Ano	2014	Renavam	1074819125	Placa	OYU-9621
Município	SÃO LOURENÇO DA MATA	Nº do Chassis	LLCLBBC05EA100135	Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadiu - se			
Proprietário				LUCIANO SILVA DA CRUZ					
Residência				Bairro					
Município	SÃO LOURENÇO DA MATA	Rg.		Org. Exp.		CPF	045.457.224-74		
Condutor				ANDRE BERNARDO DA SILVA					
Residência				Bairro					
Município	PAULISTA	Rg.	4085808	Org. Exp.	SSP/PE	CPF	LOT. CONCEIÇÃO		
CNH/Pront. / N°	00633361632	Categoria	AD	Validade	26/03/2021	Hora/Dir.	771.117.614-72		
VEÍCULO - 02									
Marca	FIAT	Modelo	UNO MILLE	Ano	2008	Renavam	00990566331	Placa	NNJ-0929
Município	PARNAMIRIM/RN	Nº do Chassis	9BD15855A96202929	Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadiu - se			
Proprietário				ANTONIO DANTAS DA SILVA					
Residência				Bairro					
Município	PARNAMIRIM	Rg.		Org. Exp.		CPF	107.035.604-25		
Condutor				EDGAR RODRIGUES DO NASCIMENTO FILHO					
Residência				Bairro					
Município	PAULISTA	Rg.	1064773	Org. Exp.	SSP/PE	CPF	ARTHUR LUNDGREN II		
CNH/Pront. / N°		Categoria		Validade		Hora/Dir.	169.209.024-00		

TESTEMUNHA - 01

Nome	JANIVALDO NUNES	Idade		Sexo	M	Profissão	POLICIAL MILITAR		
Residência	FONE: 987550045	Bairro							
Município	U.F.	Rg.	52772	Org. Exp.	PMPE	CPF			
TESTEMUNHA - 02									
Nome	LUIZ ANDRÉ	Idade		Sexo	M	Profissão	MOTOROV		
Residência	FONE: 985252879	Bairro							
Município	U.F.	Rg.	5904619	Org. Exp.	SSP/PE	CPF			

VÍTIMA - 01

Nome	ANDRE BERNARDO DA SILVA	Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil	CASADO	Idade	44	Motorista	X	Passageiro
Profissão	MECÂNICO	Residência		Nacionalidade		Naturalidade
Município	PAULISTA	UF	Rg. 4085808	Órg. Exp.	SSP/PE	CPF 771.117.614-72
Socorrido		HOSPITAL HAPVIDA ESPINHEIRO			Município	RECIFE
Dados Fornecidos Por		CORPO DE BOMBEIROS				
Residência				Bairro		
Município	UF	Rg.	Órg. Exp.		CPF	

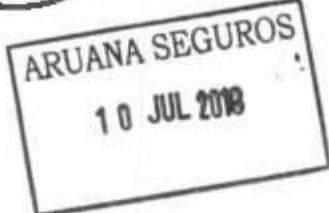
VÍTIMA - 02

Nome		Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves		Mortais
Estado Civil		Idade		Motorista		Pedestre
Profissão		Residência		Passageiro		
Município		UF	Rg.	Nacionalidade		Naturalidade
Socorrido		Órg. Exp.		Bairro		
Dados Fornecidos Por				Município		
Residência				Bairro		
Município	UF	Rg.	Órg. Exp.	CPF		

OBS.: DADOS DO CORPO DE BOMBEIRO - VIATURA: AR821, CB BM ORLANDO



0011 - ZEUS
 RECIFE - 21000-1
 DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR



XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s\CNH (Art. 162,I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s\ acid. (Art.176VCTB)	
Conduzir Veic.º Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trâns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.º Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Álcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S\ Placa (Art 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art 176 I CTB)		Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. (Art 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trâns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art 230 VII CTB)	
Deixar de Preservar Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo. Determ. (Art 176 JV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTEIS

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

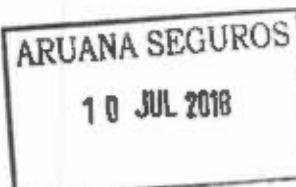
EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Policia Militar	Particular	VI	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora	
Nome do Recebedor da Ocorrência				Matricula	
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT PM	Matricula	950230-0	NOME ADEMIR
XVIII – Digitador da SSTA	SD PM IZABELA MONTE	Of Chefe da SSTA		TEN PM MÁRCIO	

Este comprovante original que segue
tua apresentado.

Data: 05/06/18



IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas	
Ônibus, Caminhão ou Trator -	
Trem -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -	
Pedestre	
Animal -	
Objeto Fixo	

Incêndio -	
Marcha à frente -	
Marcha à Ré -	
Derrapagem -	
Capotamento ou Tombamento -	
Local da colisão -	
Depois da Colisão -	

XIII – CROQUI

EM ANEXO



ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM

EMPE - DGO - CPE - EPRV

Batalhão Cel. Manuel de Souza Neto



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

v1 v2

- Dirigir N CNH (Art. 167, i, CTB)
 Conduzir veíc. s/ doc. Port. obrig (Art. 232 CTB)
 Conduzir veic. s/ doc. Perde dirrig. (Art. 231 CTB)
 Dirigir sob influência alcóol. (Art. 168 CTB)
 Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)
 Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo imin. (Art. 176, CTB)
 Deixar de prestar aux. local de acid. (Art. 176 III CTB)
 Deixar de resgavar veic. Qdo Detran (Art. 176 IV CTB)

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Deixar de prestar inform. N/ (Art. 176, v, CTB) |
| <input type="checkbox"/> | Desob. Ordem do Agente Trans (Art 195 CTB) |
| <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. s/ fach. violada (Art. 230, I CTB) |
| <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. s/ placas (Art. 230, IV CTB) |
| <input type="checkbox"/> | Comer veic. s/ placas leg. (Art. 230 VI CTB) |
| <input type="checkbox"/> | Conduzir vel. Altas De excess. (Art. 230, VII CTB) |
| <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. Defeito equip. dirrig (Art. 230, IX) |
| <input type="checkbox"/> | Outras _____ |

XIII - CHOQUE

- VEÍCULO RETIRADOS DA POSIÇÃO DE REPOUSO:

V1 → SOCORRIDO

V2 → Edson Andrade Vito

XIV - SÍMBOLOGIA

- Automóvel e outros veículos de 4 rodas
- Ônibus, Caminhão e Trator
- Trem
- Veículo de 2 ou 3 Rodas
- Pedestre
- Animal
- Objeto Fixo

- Inclinação
- Marcha à Frente.
- Marcha à Ré
- Desrapagem
- Capotamento ou Tamboreante
- Local da Colisão
- Depois da colisão

LONCIN ITALIKA

PL → OYU 9621

Fiat UNO MILLE

XV - AVARIAS APARENTEIS PL → NNJ - 0929

VEÍCULO - 1

- QUEBRADO → ROTORVISORES DIR. E ESQ.;
PEDAL DE APOIO DO CONDUTOR LADO ESQ.;
- DESCANSO LATERAL;
- EMPENHO → DAS BENGALAS DIR. E ESQ.;
DA MESA DE DIREÇÃO;

VEÍCULO - 02

- QUEBRADO → CALOTA DA RODA TRASEIRA
LADO DIREITO.

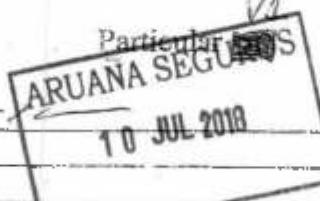
ASS. CONDUTOR SOCORRIDO

ASS.: 2119 - Vito

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

2 - Comunicado à Delegacia de:
Nome do recebedor da ocorrência:



Não efetuado

Hora: 11
Matrícula: 100111-11-00000

XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRÍCULA	NOME: Ademir Ferreira da Silva
K-1510/18	2º SGT.	950230-0	ASS.: Sgt - PM 950230-0 RC: 42720 PMPE

XVIII - Datilógrafo SSTA: _____ Of. Chefe SSTA: _____





BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° _____ / _____).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Fui dirigindo na rodovia Presidente Dutra
pista direita para o lado esquerdo
fui colidido por um motorista
o motorista se evadiu

Veículo: 5110

Nome do Condutor: Sônia

RG: 123456789

Órgão Expedidor: RJ

CPF: 123.456.789-00

Placa do Veículo: RJ-1234

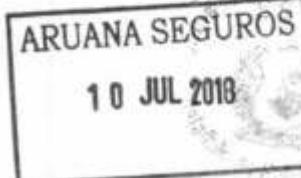
Data: 10/07/18

Hora: 19:30

Assinatura:

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



ENTREGA DE VEÍCULO

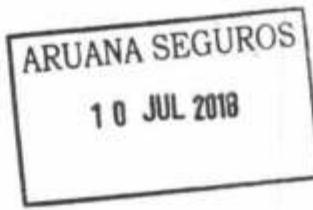
A Pedido da vítima, o veículo de marca/modelo: LONCIN/
Halika; de placa: OYU-9621/PE, foi entregue ao sr. Jorge
Augusto da Silva Brasileiro, RG 4783514 SDS/PE.

X Jorge Augusto da S. Brasil (81)99625-89:

X Marcell Rodrigues Bezerra.

RG: 5863807

X Graciela Maria da SDQ
RG: 5966476



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

André Bernardo da Silva

CPF da Vítima

331.117.614-72

Data do Acidente

19.05.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>(81) 3011 3224</i>

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 Lider 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.

Olinda, 02 de agosto de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

Doutor André Bernardo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve 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

771.117.614-72

Nome completo da vítima

Andre Bernardo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Andre Bernardo da Silva	CPF titular da conta	771.117.614-72	Profissão	AUTONOMO
Endereço	R. Polonia	Número	456	Complemento	05-01
Bairro	Pau Amarelo	Cidade	Paulista	Estado	PE
Email		CEP	53431-080	Telefone (DDD)	(81) 30113224

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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 N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
1232	+	64993	+

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO N.R.	N.R.
---------------	------

AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	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 efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Olinda, 02 de agosto de 2018

Local e Data

Andre Bernardo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180473316

Vítima: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANDRE BERNARDO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE BERNARDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180473316**
Vitima: **ANDRE BERNARDO DA SILVA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180473316**.

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

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE BERNARDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180473316**

Vitima: **ANDRE BERNARDO DA SILVA**

Data do Acidente: **19/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180473316**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA 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.seguradoraslider.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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369331/18

Vítima: ANDRE BERNARDO DA SILVA

CPF: 771.117.614-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

ANDRE BERNARDO DA SILVA : 771.117.614-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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: 08/10/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



ANDRÉ BERNARDO DA SILVA

LAUDO MEDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TIBIA E FIBULA ESQUERDO, APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 19/05/2018. FOI SUBMETIDO A FIXAÇÃO EXTERNA E POSTERIOR OSTEOSINTSE NO DIA 28/05/2018. NO MOMENTO ESTÁ EM RECUPERAÇÃO CIRURGICAEM USO DE IMOBILIZAÇÃO E CARGA ZERO, DEVE PERMANECER AFASTADO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 3 MESES.

CID: S82

Dr. Arthur Lage
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião da Pele e Tumores
CRM-PE 20310 / SBQI 16103

12/06/2018

ARUANA SEGUROS

08 OUT 2018

SEXO: M

DATA DO EXAME: 29/05/2010

SÉRIE: 1/1

IMAGEM: 2/2

VIDA & IMAGEM
ESPINHEIRO

D

ARUANA SEGUROS

08 OUT 2010

14%

W: 1024 L: 512



70%
Qualidade



-

SEXO: M

DATA DO EXAME: 28/05/2018

SÉRIE: 1/1

IMAGEM: 1/2

VIDA & IMAGEM
ESPINHEIRO

D

ARUANA SEGUROS
08 OUT 2018



70%
Qualidade



14%
W: 1024 L: 512

-

BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

19/05/2018 22:48

LTRA SQM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA Dt. Nasc.: 30/01/1974 Atendimento: 15536390 Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LPA-03/1
Profissional(is): RAPHAEL BURLAMAQUI DE QUEIROZ MEDICO CRM 21944 [1] Nº: 09325492 19/05/2018 às 22:42

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Cirúrgico S823 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 19/05/2018 [1]

Hora Da Cirurgia 22H [1]

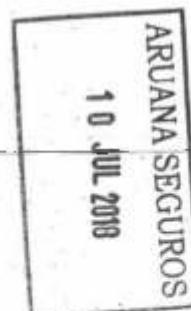
Cirurgia TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna [1]

Cirurgião RAPHAEL BURLAMAQUI [1]

Anestesista ROBERTA TIMOTEO [1]

Instrumentador LUIS CARLOS [1]

Descrição Cirúrgica PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA ASSEPSIA/ANTISSEPSIA APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS LIMPEZA ABUNDANTE COM ISF 0,9% DE FERIMENTO DA FRATURA EXPOSTA APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNozELO ESQUERDO REALIZADO FLUOROSCOPIA EVIDENCIANDO BOA REDUÇÃO SUTURA DA PEL COM NYLON 3.0 CURATIVO OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL APÓS PROCEDIMENTO AVAÇAÇÃO DO GRUPO DO PÉ [1]



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

28/05/2018

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/01/1974	Atendimento: 15536390	Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Lote: LPA-02/1	
Profissional(is): MARCELO RAUL CAZALCANT TORRES MEDICO CRM 20730-MT	Nº: 09406791	28/05/2018	às 16:30

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	\$82
Diagnóstico Cirúrgico	\$82

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	28/05/2018
Cirurgia	Tratamento cirúrgico - fratura de ossos da perna E
Cirurgião	Dr. Arthur Lage
1º Auxiliar	Dr. Marcelo Torres
Anestesiista	Dra. Ana Corina
Instrumentador	Vanessa Freitas

Descrição Cirúrgica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente em DDH sob anestesia 2. Retirado fixador externo transarticular de tornozelo E 3. Posicionado garrote em MIE 4. Assepsia / antisepsia 5. Posicionados campos cirúrgicos estéreis 6. Realizada incisão em face medial de tornozelo/perna E, seguida de divisão por planos 7. Visualizada fratura complexa em tibia (1/3 distal), seguida de redução cruenta e osteossíntese com placa 4,5mm + 4 parafusos corticais + 3 parafusos esponjosos, sob fluoroscopia 8. Limpeza exaustiva com SF0,9% 9. Sutura por planos (vycril 2.0 + nylon 3.0) 10. Curativo 11. Tala gessada tipo bola 12. Retirado garrote de MIE 13. Visualizada boa perfusão distal após procedimento
Obs:	não optado por osteossíntese de fibula - verificado parâmetros radiográficos de tornozelo dentro da normalidade após redução / osteossíntese de tibia.

Marcelo Raul C. Torres
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 20.730 TEOT 15.065

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

fo tibia + fixador

Página 1 de 1

Emissão: 19/05/2018 22:51

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: ANDRÉ BERNARDO DA SILVA Convenio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	Dt. Nasc.: 30/01/1974 Nº Prescrição: 9110728 Leito: LPA-03/1	19/05/2018 às 22:36	Atendimento: 15536390 Prontuário: 11005430 Peso: 70.00 kg
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL 38/180 MMHg ORAL			
2. CEFALOTINA (1.00g) (D1/7)	1 g Soro Fisiológico 0,9%	1 FRAP(C/IGR) 100 ml	6/6h EV
3. NAUSEDRON (2.00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	8 mg	4 ML (AMPL C/8MG)8/8h	EV
4. DIPIRONA (500.00mg/ml) Água Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/500M)6/6h	EV SN
5. TRAMAL (50.00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2 ML (AMPL C/100M)8/8h	EV SN
6. HIDROCLOROTIAZIDA (50.00mg)	50 mg	1 COM(C/50MG)	24/24h ORAL
7. ASSEIO CORPORAL			DAR 1/2 COMP
8. HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL			CRM-21344
9. SINAIS VITAIS		6/6h	CRM-21344
10. HIGIENE INTIMA			CRM-21344
11. BANHO NO LEITO			CRM-21344
12. CLEXANE (60.00mg/ml) Alta vigilância	60 mg	0.6 ML (SERI C/60MG)24/24h	SC
Profissionais CRM-21344 RAPHAEL BURLAMAQUI DE QUEIROZ			

Mauby Almeida
Enfermeira
COREN-SC 09690

Dr. Raphael Burlamaqui
Cirurgião-Dentista
CRM-21344

10 JUL 2018

ARUANA SEGUROS

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
 Convento: HAPVIDA
 Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
 Nº Prescrição: 0009111724
 Leito: 113-P2/1

Atendimento: 15536390
 20/05/2018 às 09:14
 Peso: 70,00 kg

Prontuário: 11005430

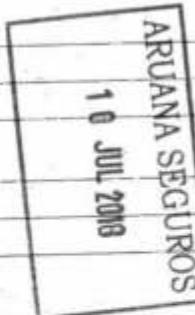
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	3/3h	ORAL					
2. CEFALOTINA (1,00g) Soro Fisiológico 0,9%	1g	1 FRAP (C/1GR) 100 ml	6/6h	EV	12:00 ; 18:00	21/05-00:00	
3. HIDROCLOROTIAZIDA (50,00mg)	50 mg	1 COMP (C/50MG)	24/24h	ORAL	06:00		
		DAR 1/2 COMP					
4. CLEXANE (60,00mg/ml)	60 mg	0,6 ML (SERI C/60MG)	24/24h	SC	20:00		
Alta vigilância							
5. DIPIRONA (500,00mg/ml) Água Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG) 18 ml	6/6h	EV	SN 12:00		24-06
6. TRAMAL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2ML (AMPL C/100MG) 100 ml	8/8h	EV	SN 14:00		22
7. ONDANLES (2,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	8mg	4ML (AMPL C/8MG) 20 ml	8/8h	EV	SN 14:00		
8. ASSEIO CORPORAL							
9. HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL							
10. SINAIS VITais							
11. HIGIENE INTIMA							
12. BANHO NO LEITO							
13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA							
14. CURATIVO EXTRA GRANDE							

Legenda horário : Indica item não administrado.

Dr. José Adolfo Urt
Medico
CRM-PE 23047



Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
Nº Prescrição: 0009115586
Leito: 113-P2/1

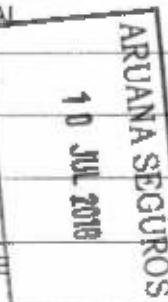
Atendimento: 15536390
21/05/2018 às 13:12
Peso: 60,00 kg

Prontuário: 11005430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	3/3h	ORAL					
2. CEFALOTINA (1,00g) Soro Fisiológico 0,9%	1g 100 ml	1 FRAP (C/1GR)	6/6h	EV	12:00 22/05-06:00	18:00	22/05-00:00
3. HIDROCLOROTIAZIDA (50,00mg)	50 mg	1 COMP (C/50MG)	24/24h	ORAL	08:00		
		DAR 1/2 COMP					
4. CLEXANE (60,00mg/ml)	60 mg	0,6 ML (SERI C/60MG)	24/24h	SC	20:00		
Alta vigilância							
5. DIPIRONA (500,00mg/ml) Água Destilada	1000 mg 18 ml	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	SN		
6. TRAMAL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg 100 ml	2ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	SN	28/2	
7. ONDANASES (2,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	8 mg 20 ml	4ML (AMPL C/8MG)	8/8h	EV	SN		
8. ASSEIO CORPORAL					12:00		
9. HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL					12:00		
10. SINAIS VITais		6/6h			12:00	18:00	22/05-00:00
11. HIGIENE INTIMA					12:00	*	
12. BANHO NO LEITO					12:00		
13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA		24/24h			12:00		
14.							



Dr. José Adolfo Ut
Médico
CRM PE 23547

Márcia Oliveira
Enfermeira
CRM: 509690

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
Nº Prescrição: 0009117935
Leito: 113-P2/1

Atendimento: 15536390
22/05/2018 às 07:36
Peso: 60.00 kg

Prostaurio: 11005430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL ADULTO / PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTEMICA 3/3h ORAL

2. CEFALOTINA (1.00g) 1g 1 FRAP (G/1GR)
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml 6/6h EV 12:00 18:00 23/05-00:00
23/05-06:00

3. HIDROCLOROTIAZIDA (50.00mg) 50 mg 1 COMP (C/50MG) 24/24h ORAL 06:00

DAR 1/2 COMP

4. CLEXANE (60.00mg/ml) 60 mg 0.6ML (SERI C/60MG) 24/24h SC 20:00

Alta vigilância

5. DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000mg 2ML (AMPL C/500MG)
Agua Destilada 18 ml 6/6h EV SN 10:00

6. TRAMAL (50.00mg/ml) 100mg 2ML (AMPL C/100MG)
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml 8/8h EV SN 10:00

Dr. José Adolfo Urt
CRM-PE 23077

7. ONDANLES (2.00mg/ml) 8mg 4ML (AMPL C/8MG)
Soro Fisiológico 0,9% 20 ml 8/8h EV SN 10:00

8. ASSEIO CORPORAL 06:00

9. HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL 06:00

10. SINAIS VITAIS 6/6h 12:00 18:00 23/05-00:00 23/05-06:00

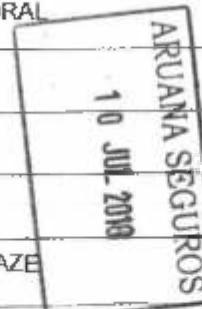
11. HIGIENE INTIMA 06:00

12. BANHO NO LEITO 06:00

13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE
ACOCHOADA 24/24h 10:00

Mauby Oliveira
Enfermeira
COREN: 509690

14.



Paciente: ANDRÉ BERNARDO DA SILVA
Endereço: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
Nº Prescrição: 0009122364
Leito: 113-P2/1

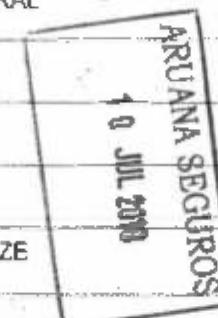
Atendimento: 15536390
23/05/2018 às 10:47
Peso: 60.00 kg

Prontuário: 11005430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1-DIETAGERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	3/3h	ORAL						
2.CEFALOTINA (1.00g) Soro Fisiológico 0,9%	1g	1 FRAP (C/1GR) 100 ml	6/6h	EV	12:00	16:00	24/05-00:00	24/05-06:00
3.HIDROCLOROTIAZIDA (50.00mg)	50 mg	1 COMP (C/50MG)	24/24h	ORAL	06:00			
		DAR 1/2 COMP						
4.CLEXANE (60.00mg/ml)	60 mg	0.6ML (SERI C/60MG)	24/24h	SC	20:00			
Alta vigilância								
5.DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG) 18 ml	6/6h	EV				
6.TRAMAL (50.00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG) 100 ml	8/8h	EV				
7.ONDANLES (2.00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	8 mg	4 ML (AMPL C/8MG) 20 ml	8/8h	EV				
8-ASSEIO CORPORAL					06:00			
9-HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL					06:00			
10-SINAIS VITAIS		6/6h			12:00	18:00	24/05-00:00	24/05-06:00
11-HIGIENE INTIMA					06:00			
12-BANHO NO LEITO					06:00			
13-CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA		24/24h			12:00			
14.								



Maine Rodrigues
Enfermeira
COREN/CE 23.227

Paciente: ANDRÉ BERNARDO DA SILVA
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
 Nº Prescrição: 0009124787
 Leito: 113-P2/1

Atendimento: 15536390
 24/05/2018 às 07:20
 Peso: 60.00 kg

Prontuário: 11005430

PREScriÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1-DIETAGERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSAO
 ARTERIAL SISTEMICA

2.CEFALOTINA (1.00g) 1g 1 FRAP (C/1GR)
 Soro Fisiologico 0,9% 100 ml 6/6h EV 12:00 18:00 25/05-00:00
 25/05-06:00

3. HIDROCLOROTIAZIDA (50.00mg) 50 mg 1 COMP (C/50MG) 24/24h ORAL 06:00

DAR 1/2 COMP

4. CLEXANE (60.00mg/ml) 60 mg 0.6ML (SERI C/60MG) 24/24h SC 20:00

Alta vigilância

5.DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000 mg 2ML (AMPL C/500MG)
 Agua Destilada 18 ml 6/6h EV SN 12:00

6. TRAMAL (50.00mg/ml) 100 mg 2ML (AMPL C/100MG)
 Soro Fisiologico 0,9% 100 ml 8/8h EV SN 14:00

Dr. José Adolfo Uri
 Medicina
 CRM-PE 20077

7. ONDANLES (2.00mg/ml) 8 mg 4 ML (AMPL C/8MG)
 Soro Fisiologico 0,9% 20 ml 8/8h EV SN 14:00

8-ASSEIO CORPORAL

9-HIGIENIZACAO DA CAVIDADE ORAL

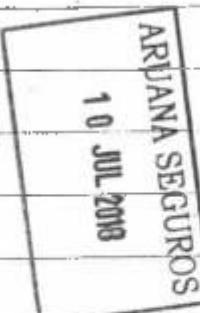
10-SINAIS VITais

11-HIGIENE INTIMA

12-BANHO NO LEITO

13-CURATIVO COM ATADURA E GAZE
 ACOCHOADA

4.



Isaia Paixarca
 Enfermeira
 COLEÇÃO 4634

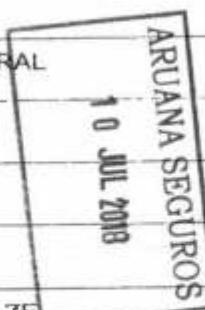
Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974 Atendimento: 15536390 Prontuário: 11005430
 Nº Prescrição: 0009128281 25/05/2018 às 10:44
 Leito: 113-P2/1 Peso: 60,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	3/3h	ORAL						
2. CEFALOTINA (1.00g) Soro Fisiológico 0,9%	1g	1 FRAP (C/1GR) 100 ml	6/6h	EV	12:00 26/05-06:00	18:00	: 26/05-00:30	
3. HIDROCLOROTIAZIDA (50,00mg)	50 mg	1 CÓMP (C/50MG)	24/24h	ORAL	09:00			
		DAR 1/2 COMP						
4. CLEXANE (60,00mg/ml)	60 mg	0,6ML (SERI C/60MG)	24/24h	SC	20:00			
Alta vigilância								
5. DIPIRONA (500,00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg	2ML (AMPL C/500MG) 18 ml	6/6h	EV	SN			
6. TRÂMAL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2ML (AMPL C/100MG) 100 ml	8/8h	EV	SN	09:00	: 10:00	: 11:00
7. ONDANASES (2,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	8 mg	4ML (AMPL C/8MG) 20 ml	8/8h	EV	SN			
8. ASSEIO CORPORAL					12:00			
9. HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL					12:00			
10. SINAIS VITais		6/6h			12:00	: 18:00	: 26/05-00:00	: 26/05-00:00
11. HIGIENE INTIMA					12:00			
12. BANHO NO LEITO					12:00			
13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA		24/24h			12:00			
14.								



Ortopedico / Traumatologico

Mauricio Oliveira
Enfermeiro
COREN: 509690

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
 Convenio: HAPVILA
 Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974 Atendimento: 15536390 Prontuário: 41005430
 Nº Prescrição: 0009130643 26/05/2018 às 09:12
 Leito: 113-P2/1 Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO /PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	3/3h	ORAL	
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 1000 ml	14,00 gts/min Acesso Periférico 10:00
RINGER COM LACTATO	40 ml/Kcal/dia	1000ml	
3. CEFALOTINA (1,00g) (ID1/2)	1g	1 FRAP (C/GR) 6/6h - EV Soro Fisiológico 0,9% 100 ml	12:00 18:00 27/05-00:00 27/05-06:00
4. CLEXANE (40,00mg/ml)	40 mg	0,4ML (SERI C/40MG) 24/24h SC	20:00
Alta vigilância			
5. HIDROCLOROTIAZIDA (50,00reg)	50 mg	1 COMP (C/50MG) 24/24h ORAL	08:00
		1/2 comprimido ao dia - pela manhã	
6. OMÉPRAZOL (40,00mg)	40 mg	1 FRAP (C/40MG) 24/24h EV Agua Destilada 18 ml	06:00
		Pela manhã - em Jejum	
7. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2ML - (AMPL C/50MG) 8/8h EV 100 ml	14:00 22:00 27/05-00:00
8. DIPIRONA (500,00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg	2ML - (AMPL C/500MG) 8/6h - EV 18 ml	12:00 18:00 27/05-00:00 27/05-06:00
9. ONDANLES (2,00mg/ml)	4mg	2ML (AMPL C/4MG) 12/12h EV	14:00 27/05-02:00
		SF0,9% 100ml	
10. SINAIS VITais	10 JUL 2018	6/6h	12:00 18:00 27/05-00:00 27/05-06:00
11. CUIDADOS-GERAIS		6/6h	12:00 18:00 27/05-00:00 27/05-06:00
12. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA		24/24h	10:00
	ARIANA SEGUROS		

Dr. José Adolfo Urt
CRM-PE 28077

Maura Oliveira
Entomóloga
COREN: 509690

PRESCRIÇÃO MEDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Emissão: 27/05/2018 08:38:04

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
 Nº Prescrição: 0009132835
 Leito: 113-P2/1

Atendimento: 15536390
 27/05/2018 às 08:08
 Peso: 70,00 kg

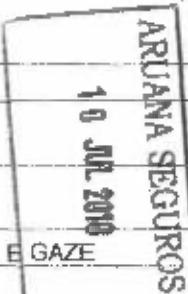
Prontuário: 11005430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1-DIETAGERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO
 ARTERIAL SISTEMICA 3/3h ORAL

2.Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	1000 ml	14.00 gts/min	Acesso Periférico	10:00		
RINGER COM LACTATO	40	ml/Kcal/dia	1000ml	17	22			
3.CEFALOTINA (1,00g)	1g		1 FRAP (C/1GR)	6/6h	EV	12:00	13:00	28/05-00:00
Soro Fisiologico 0,9%			100 ml			28/05-06:00		
4.ONDANLES (2,00mg/ml)	4 mg	2ML	(AMPL C/4MG)	12/12h	EV	14:00	28/05-02:00	
			SF0,9% 100ml					
5.HIDROCLOROTIAZIDA (50,00mg)	50 mg	1 COMP (C/50MG)		24/24h	ORAL	06:00		
			1/2 comprimido ao dia					
- pela manhã								
6.OMEPRAZOL (40,00mg)	40 mg	1 FRAP (C/40MG)		24/24h	EV	06:00		
Agua Destilada		18 ml	Pela manhã - em					
			jejum					
7.TRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2ML	(AMPL C/100MG)	8/8h	EV	14:00	22:00	28/05-06:00
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml						
8.DIPIRONA (500,00mg/ml)	1000mg	2ML	(AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00	18:00	28/05-00:00
Agua Destilada		18 ml				28/05-06:00		
9.CLEXANE (40,00mg/ml)	40 mg	0,4ML	(SERI C/40MG)	24/24h	SC	20:00 suspen		
Alta vigilância								
10.PUNCAO C/ JELCO								
11.SINAIS VITais								
12.CUIDADOS GERAIS								
13.CURATIVO COM ATADURA E GAZE								



Dr. José Adolfo Urt
Médico
CRM-PE 28077

DR. JOSE ADOLFO URT
CRM-PE 28077

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Prontuário: 11006430

Convenio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 0009134872

28/05/2018 às 07:56

Posto: POSTO 2 ANDAR - HE

Leito: 113-P2/1

Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL ADULTO / PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTEMICA

3/3h ORAL

2. Hidratação Venosa

RINGER COM LACTATO

40

ml/Kcal/dia 1000ml

1000ml

3. CEFALOTINA (1,00g)

(D1/2)

1g

Soro Fisiológico 0,9%

100 ml

14.00 gts/min Acesso Periférico

1000

4. ONDANLES (2,00mg/ml)

4mg

Agua Destilada

2ML

(AMPL C/4MG)

12/12h

EV

12:00 ; 29/05-00:00

SF0,9% 100ml

5. HIDROCLOROTIAZIDA (50,00mg)

50 mg

Agua Destilada

1 COMP (C/50MG)

6. OMEPRAZOL (40,00mg)

40 mg

Agua Destilada

1 FRAP (C/40MG)

7. TRAMADOL (50,00mg/ml)

100 mg

Soro Fisiológico 0,9%

24/24h

Agua Destilada

EV

06:00

1/2 comprimido ao dia
- pela manhã

8. DIPIRONA (500,00mg/ml)

1000 mg

Agua Destilada

2ML

9. CLEXANE (40,00mg/ml)

100 mg

Agua Destilada

(AMPL C/500MG)

Agua Destilada

8/8h

10. PUNCAO CI JELCO

100 mg

Agua Destilada

EV

06:00

14:00 ; 22:00 ; 29/05-06:00

11. SINAIS VITAIS

100 mg

Agua Destilada

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

12. CUIDADOS GERAIS

100 mg

Agua Destilada

29/05-06:00

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

29/05-06:00

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

29/05-06:00

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

29/05-06:00

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

29/05-06:00

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

29/05-06:00

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

29/05-06:00

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

29/05-06:00

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

29/05-06:00

12:00 ; 18:00 ; 29/05-00:00

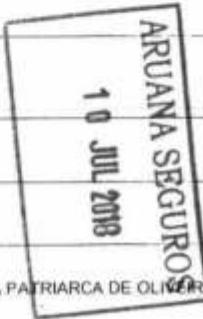
29/05-06:00

RP1531

ISLA PATRIARCA DE OLIVEIRA

28/05/2018 08:06

10.1.32.202



Isla Patriarca
Endereço:
CEP 25.403-030

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
Nº Prescrição: 0009137876
Leito: 113-P2/2

Atendimento: 15536390
29/05/2018 às 07:47
Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1-DIETAGERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA		3/3h	ORAL				
2-Hidratação Venosa		Vol. Total:	1000 ml	14.00 gts/min	Acesso Periférico	10:00	
RINGER COM LACTATO		40	ml/Kcal/dia	1000ml			
3. FOSFATO DE CLINDAMICINA (150.00mg/ml) (D2/2)		600 mg	4ML	(AMPL C/600MG)	6/6h	EV	12:00 ; 18:00 ; 30/05-00:00
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml					30/05-06:00
4. CIPROFLOXACINO (2,00mg/ml) (D2/2)		400mg	200 ML	(FRAP C/2MG)	12/12h	EV	18:00 ; 30/05-06:00
5. CLEXANE (40.00mg/ml)		40 mg	0.4ML	(SERI C/40MG)	24/24h	SC	20:00
Alta vigilância							
6. ONDANLES (2,00mg/ml)		4mg	2 ML	(AMPL C/4MG)	12/12h	EV	12:00 ; 30/05-00:00
SF0,9% 100ml							
7. OMEPRAZOL (40.00mg) Agua Destilada		40 mg	1 FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00	
18 ml							
Pela manhã - em jejum							
8. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%		100mg	2ML	(AMPL C/100MG)	8/8h	EV	14:00 ; 22:00 ; 30/05-06:00
100 ml							
9. DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada		1000mg	2ML	(AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00 ; 18:00 ; 30/05-00:00
18 ml							
30/05-06:00							
10. HIDROCLOROTIAZIDA (50.00mg)		50 mg	1 COMP (C/50MG)	24/24h	ORAL	06:00	
1/2 comprimido ao dia - pela manhã							
11. SINAIS VITAIS		6/6h					
12.							

10 JUL 2018	ARUANA SEGUROS
-------------	----------------

Dr. Jose Adelmo Urt
Medico
CRM-SP 20077

Mauricio Oliveira
Enfermeira
COREM: 509690

PREScriÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Pagina 1 de 3

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
 Convenio: HÁPIVA
 Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
 Nº Prescrição: 0009141434
 Leito: 113-P2/2

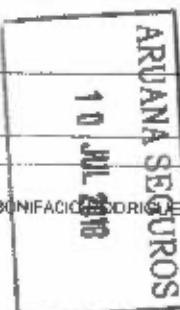
Atendimento: 15536390
 30/05/2018 às 10:10
 Peso: 70.00 kg

Emissão: 30/05/2018 10:53:53
 Prontuário: 11005430

PREScriÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	3/3h	ORAL	
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 1000 ml	14.00 gts/min Acesso Periférico
RINGER COM LACTATO	40	ml/Kcal/dia	1000 ml
3. FÓSFATO DE CLINDAMICINA (150.00mg/ml) (D1/7)	600 mg	4 ML (AMPL C/600MG)	6/6h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml		31/05-00:00
4. CIPROFLOXACINO (200mg/ml) (D1/7)	400 mg	200 ML (FRAP C/2MG)	12/12h EV
5. CLEXANE (40.00mg/ml)	40 mg	0.4 ML (SERI C/40MG)	24/24h SC
Alta vigilância			20:00
6. ONDANLES (2.00mg/ml)	4 mg	2 ML (AMPL C/4MG)	12/12h EV
Agua Destilada			12:00 ; 31/05-00:00
7. OMEPRAZOL (40.00mg)	40 mg	1-FRAP (C/40MG)	24/24h EV
Agua Destilada	18 ml		06:00
		Pela manhã - em jejum	
8. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100 mg	2ML (AMPL C/100MG)	8/8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml		14:00 ; 22:00 ; 31/05-06:00
9. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h EV
Agua Destilada	18 ml		12:00 ; 18:00 ; 31/05-00:00
31/05-06:00			
10. HIDROCLOROTIAZIDA (50.00mg)	50 mg	1 COMP (C/50MG)	24/24h ORAL
			06:00
		1/2 comprimido ao dia - pela manhã	
11. SINAIS VITais	6/6h		12:00 ; 18:00 ; 31/05-00:00 ; 31/05-06:00
12.			



Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
Nº Prescrição: 0009144838
Leito: 113-P2/2

Atendimento: 15536390
31/05/2018 às 11:57
Peso: 70,00 kg

Prontuário: 11005430

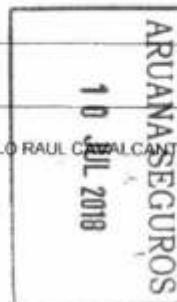
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	3/3h	ORAL					
2. Hidratação Venosa Fase Única RINGER COM LACTATO (150.00mg/ml) (D4/2)	Vol. Total: 1000 ml ml/Kcal/dia 40	14.00 gts/min Acesso Periférico 4ML (AMPL C/100MG) 6/6h EV	14:00	12:00	18:00	01/06-06:00	
3. Soro Fisiológico 0,9%	100 ml			01/06-06:00			
4. CIPROFLOXACINO (2,00mg/ml) (D4/2)	400 mg	200ML (FRAP C/100MG) 12/12h EV	18:00	01/06-06:00			
5. CLEXANE (40,00mg/ml)	40 mg	0,4ML (SERI C/40MG) 24/24h SC	20:00				
Alta vigilância							
6. ONDANLES (2,00mg/ml)	4mg	2ML (AMPL C/4MG) 12/12h EV	12:00	01/06-00:00			
		SF0,9% 100ml					
7. OMEPRAZOL (40,00mg) Agua Destilada	40 mg	1FRAP (C/40MG) 24/24h EV 18 ml Pela manhã - em jejum	06:00				
8. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% Suspensão às 17:48 hs de 31/05/18	100 mg	2ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV 100 ml	14:00	12:00	00:00	01/06-06:00	
9. DIPIRONA (500,00mg/ml) Agua Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV 18 ml	12:00	18:00	01/06-06:00		
10. HIDROCLOROTIAZIDA (50,00mg)	50 mg	1COMP (C/50MG) 24/24h ORAL	06:00				
		1/2 comprimido ao dia - pela manhã					
11. SINAIS VITAIS	6/6h			12:00	18:00	01/06-00:00	01/06-06:00

Dr. José Adolfo Urt
Médico
CRM-PE 33077

Márcio Oliveira
Enfermeira
COREN-PE 109690



Paciente: 123 BERNARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 ANDAR - HE

Nº Nasc.: 03/01/1774
Nº Prescrição: 0009144838
Leito: 113-P2/2

Atendimento: 15536300
31/05/2018 às 11:57
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 11005430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

12. CUIDADOS GERAIS

6/6h

14:00 : 20:00

22:00

13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE
ACOCHADA

24/24h

14:00

16. CURATIVOS

1 24/24h

12:00

17. CURATIVO BIOLOGICO

24/24h

12:00

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : Indica item não administrado. Indica item checado.

Mauby Oliveira
Enfermeira
COREN: 509690

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
 Nº Prescrição: 0009147607
 Leito: 113-P2/2

Atendimento: 15536390
 01/06/2018 às 10:29
 Peso: 70.00 kg

Prontuário: 11005430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA		3/3h	ORAL	
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	1000 ml	14.00 gts/min Acesso Periférico
RINGER COM LACTATO	40	ml/Kcal/dia	1000ml	12:00
3. FOSFATO DE CLINDAMICINA (150.00mg/ml) (06/2)	Soro Fisiológico 0,9%	600 mg	4ML (AMPL C/600MG)	6/6h EV
		100 ml		12:00 18:00 ; 02/06-00:00
4. CIPROFLOXACINO (2.00mg/ml) (06/2)		400 mg	200 ML (FRAP C/2MG)	12/12h EV
				18:00 ; 02/06-06:00
5. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MG)	8/8h EV	SN 12:00
	100 ml			
6. HIDROCLOROTIAZIDA (50.00mg)	50 mg	1 COMF (C/50MG)	24/24h ORAL	06:00
		1/2 comprimido ao dia - pela manhã		
7. CLEXANE (40.00mg/ml)	40 mg	0.4 ML (SERI C/40MG)	24/24h SC	20:00
Alta vigília				
8. ONDANLES (2.00mg/ml)	4mg	2ML (AMPL C/4MG)	12/12h EV	12:00 ; 02/06-00:00
		SF 0,9% 100ml		
9. OMEPRAZOL (40.00mg) Agua Destilada	40 mg	1 FRAP (C/40MG) 18 ml	24/24h EV	06:00
		Pela manhã - em jejum		
10. DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG) 18 ml	6/6h EV	12:00 18:00 ; 02/06-00:00
11. CURATIVOS		1	24/24h	Dr. Arthur Lage Ortopedista e Traumatologista Cirurgião de Pés e Tornozelo CRM-PE 20010 / SBOT 16133

Isla Patriarca
 Endereço: Rua Coren PE 403.060

10 JUN 2018

ARUANA SEGUROS

RP1531

ISLA PATRIARCA DE OLIVEIRA

01/06/2018 10:43

10.132.204

Emissão 01/06/2018 10:43:12

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
Nº Prescrição: 0009147607
Leito: 113-P/2

Atendimento: 15536390
01/06/2018 às 10:29
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 11005430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

			HORARIOS
12-SINAIS VITais	8/6h	12:00	18:00 : 02/06-00:00 : 02/06-06:00 :
13-CUIDADOS GERAIS	6/6h	12:00	18:00 : 02/06-00:00 : 02/06-06:00 :
14-CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA	24/24h	12:00	:
15-TALA BOTA	Agora	12:00	:
16-CURATIVO BIOLOGICO	24/24h	12:00	:

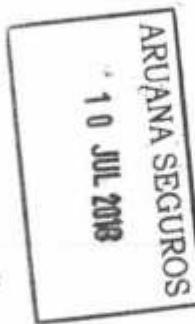
Reservado para o SINDI

ENTEROFIX

2

Legenda horário :  Indica item não administrado
  Indica item checado.

Mauricio Olveiro
Endereço
CORR. N. 509690



Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Prontuário: 11005430

Convenio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 0009150630

02/06/2018 às 10:23

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 113-P2/2

Peso: 70,00 kg

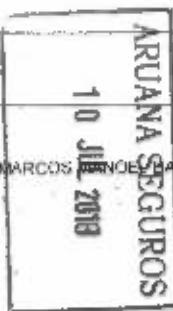
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTEMICA

3/3h ORAL

2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vot. Total:	1000 ml	14,00 gts/min	Acesso Periférico	12:00			
RINGER COM LACTATO	40	ml/Kcal/dia	1000ml						
3. FOSFATO DE CLINDÂMICINA (150,00mg/ml) (D6/2)	600 mg	4ML	(AMPL C/600MG)	6/6h	EV	12:00	18:00	03/06-00:00	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml				03/06-06:00			
4. CIPROFLOXACINO (2,00mg/ml) (D6/2)	400 mg	200 ML	(FRAP C/2MG)	12/12h	EV	18:00	03/06-06:00		
5. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2ML	(AMPL C/100MG)	8/8h	EV	08:00	09:00	10:00	
		100 ml							
6. HIDROCLOROTIAZIDA (50,00mg)	50 mg	1 COMP	(C/50MG)	24/24h	ORAL	06:00			
			1/2 comprimido ao dia - pela manhã						
7. CLEXANE (40,00mg/ml)	40 mg	0,4ML	(SERI C/40MG)	24/24h	SC	20:00			
Alta vigilância									
8. ONDANLES (2,00mg/ml)	4 mg	2ML	(AMPL C/4MG)	12/12h	EV	14:00	03/06-02:00		
			SF0,9% 100ml						
9. OMEPRAZOL (40,00mg) Água Destilada	40 mg	1 FRAP	(C/40MG)	24/24h	EV	06:00			
		18 ml							
			Pela manhã - em jejum						
10. DIPIRONA (500,00mg/ml) Água Destilada	1000 mg	2ML	(AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00	18:00	03/06-00:00	
		18 ml							
11. CURATIVOS		1		24/24h		12:00			



RP1531

MARCOS RONALDO DA SILVA

02/06/2018 10:27

10.1.32.204

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apresentação

Emissão 02/06/2018 10:27:55

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974 Atendimento: 15536390
 Nº Prescrição: 0008150630 02/06/2018 às 10:23
 Leito: 113-P2/2 Peso: 70,00 kg

Prontuário: 11005430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

12-SINAIS VITais	6/6h	12:00	18:00	03/06-00:00	03/06-06:00
13-CUIDADOS GERAIS	6/6h	12:00	18:00	03/06-00:00	03/06-06:00
14-CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA	24/24h	12:00			
15-TALA BOTA	Agora	12:00			
16-CURATIVO BIOLOGICO	24/24h	12:00			

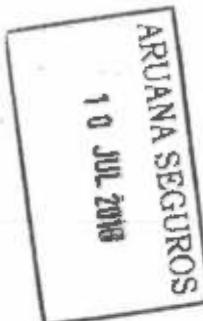
Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : Indica item não administrado.
 Indica item checado.

Mauricio Oliveira
 Enfermeira
 COREMG 509690



RP1531

MARCOS MANOEL DA SILVA

02/06/2018 10:27

10.1.32.204

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
Nº Prescrição: 0009153215
Leito: 113-P2/2

Atendimento: 15536380
03/06/2018 às 09:50
Peso: 70,00 kg

Emissão 03/06/2018 09:58:57
Prontuário: 11005430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1-DIETA GERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÉMICA

3/3h ORAL

HORÁRIOS

2-Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total: 1000 ml 14.00 gts/min Acesso Periférico

12:00

RINGER COM LACTATO 140 ml/Kcal/die 1000ml

3.FOSFATO DE CLINDAMICINA

(150.00mg/ml)
(D7/2)

600mg 4ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV

12:00

18:00

04/06-00:00

Soro Fisiológico 0,9%

100 ml

04/06-08:00

4.CIPRÓFLOXACINO (2.00mg/ml)
(D7/2)

400mg 200ML (FRAP C/2MG) 12/12h EV

18:00

04/06-06:00

5. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100 mg 2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV

SN

14:00

6. HIDROCLOROTIAZIDA (50.00mg)

50 mg 1 COMP (C/50MG) 24/24h ORAL

08:00

1/2 comprimido ao dia

- pela manhã

7. CLEXANE (40.00mg/ml)

40 mg 0.4ML (SERI C/40MG) 24/24h SC

20:00

Alta vigilância

8. ONDANLES (2.00mg/ml)

4mg 2ML (AMPL C/4MG) 12/12h EV

14:00

04/06-02:00

9. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilada

40mg 1 FRAP (C/40MG) 24/24h EV

08:00

18 ml
Pela manhã - em
jejum

10. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Aqua Destilada

1000mg 2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV

12:00

18:00

04/06-00:00

11. CURATIVOS

ARUANA SEGUROS

1 24/24h

10:00

RP153

DAVANA BONIFACIO RODRIGUES

03/06/2018 09:58

10.1.32.203

Isis Patrícia
Estudante de Medicina
CRM-FE 20077
bla

paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Prontuário: 11005430

Convenio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 0009153215

03/06/2018 às. 09:50

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 113-P2/2

Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

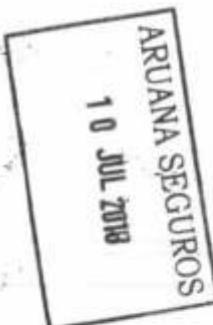
HORÁRIOS

12-SINAIS VITAIS	6/6h	12:00	18:00	04/06-00:00	04/06-06:00
13-CUIDADOS GERAIS	6/6h	12:00	18:00	04/06-00:00	04/06-06:00
14-CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOÁDA	24/24h	10:00			
15-TALA BOTA	Agora	10:00			
16-CURATIVO BIOLÓGICO	24/24h	10:00			

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : Indica item não administrado. Indica item checado.Mouby Ottavietto
Enfermeira
COREN: 509690

PREScriÇÃO MEDICA - Aprazamento

Pagina 1 de 3

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 30/01/1974
 Nº Prescrição: 0009155552
 Leito: 113-P2/2

Atendimento: 15536390
 04/06/2018 às 08:36
 Peso: 70,00 kg

Emissão: 04/06/2018 10:16:55
 Prontuário: 11005430

PREScriÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1.DIETAGERAL-ADULTO / PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	-3/3h	ORAL	
2.Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 1000 ml ml/Kcal/dia: 1000ml	14.00 gts/min Acesso Periférico 10:00
RINGER COM LACTATO	40	ml/Keal/dia: 1000ml	
3.FOSFATO DE CLINDAMICINA (150,00mg/ml) (D8/2)	600 mg	4ML (AMPL C/600MG) 6/6h	EV 12:00 ; 18:00 ; 05/06-00:00
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml	05/06-06:00
4.CIPROFLOXACINO (2,00mg/ml) (D8/2)	400 mg	200ML (FRAP C/2MG) 12/12h	EV 12:00 ; 05/06-06:00
5.TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2ML (AMPL C/100MG) 8/8h	EV SN
6.HIDROCLOROTIAZIDA (50,00mg)	50 mg	1 COMP (C/50MG)	24/24h ORAL 06:00
7.CLEXANE (40,00mg/ml) Alta vigilância	40 mg	0,5ML (SERI C/40MG) 24/24h	SC 20:00
8.ONDANLES (2,00mg/ml)	4 mg	2ML (AMPL C/4MG) 12/12h	EV 12:00 ; 05/06-00:00
9.OMEPRAZOL (40,00mg) Agua Destilada	40 mg	1 FRAP (C/40MG) 18 ml SF0,9% 100ml	24/24h EV 06:00
10.DIPIRONA (500,00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg	2ML (AMPL C/500MG) 8/6h	EV 12:00 ; 18:00 ; 05/06-00:00
11.CURATIVOS	1	24/24h	10:00

10 JUL 2018
ARUANA SEGUROS

Dr. Arthur Lage

Ortopedista e Traumatologista
00026090-0 - de Pe e Tornozelo
CRM-PE 28810 / SBOT 16133 10.1.32.204

Isa Patriarca
Enfermeira
INCEN-PE 403.050

RP4531

MARCOS MANOEL DA SILVA

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SÓM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

06/06/2018 15:48

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA Dt. Nasc.: 30/01/1974 Atendimento: 15536390 Prontuário: 11005430

Convênio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: LPA-03/1

Profissional(s): ~~DR JOSE ADOLFO URTIGA DE SOUZA MEDICO CRM-PE 23077~~ Nº: 09325482 19/06/2018 às 22:40

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

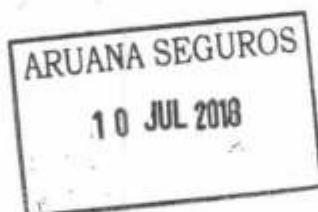
PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS E REALIZADO PROCEDIMENTO DE URGENCIA SEM INTERCORRÊNCIAS. AGURADO 2 TEMPO CIRÚRGICO COM O GRUPO DO PE.

Cid10

S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

(1)

Dr. José Adolfo Urt
~~Medico~~
CRM-PE 23077



Evolução Diária Posto Clínico-Cirúrgico

Página 1 de 1

ULTRA SÓM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

08/06/2018 15:49

Paciente: ANDRÉ BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/01/1974	Ala/Unidade: 15536390	Pronthário: 11005430
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 ANDAR - HE	Leito: 113-P2/1	
Profissional(es):		Nº: 09328383	20/06/2018 12:44

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

V. Evolução Do Paciente

ORTOPEDIA
1 DRO DE FIXADOR EXTERNO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS
DA Perna ESQ.
BOA PERFUSÃO E SENSIBILIDADE
SEM SINAIS FLOGÍSTICOS
CD: MANTENHO INTERNADO PARA ANTIBIÓTICO
SOLICITO TOMOGRAFIA

Dr. José Adolfo Uri
Médico
CRM-PE 23077

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

05/06/2018 15:50

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

DI Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Protocolo: 11005430

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1º ANDAR - HE

Litor: 113-P2/M

Profissional(s): CARLOS SPERRENPRI BOVOLI BY DEMIRCON AVANZOR MEDICO CRM/P0556 N°: 09339826 21/05/2018 13:41

REGISTROS MEDICOS DA EVOLUCAO

Evolução Do Paciente

ORTOPEDIA

2 DPO DE FIXADOR EXTERNO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS
DA Perna Esq.
BOA PERFUSÃO E SENSIBILIDADE
SEM SINAIS FLOGÍSTICOS
CD: MANTENHO INTERNADO PARA ANTIBIOTICO
AGUARDO TOMOGRAFIA PARA DEFINÇÃO DE QUAL ASSUMIR (TRAUMA OU PÉ)

10

Dr. José Adatto Urt
Medico
CRM/PE 23077

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

05/06/2018 19:51

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

DU Nasc: 30/01/1974

Atendimento: 15536360

Protocolo: 11005430

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Lote: 113-P271

Profissional(is): ~~DR. JOAO ADOLFO UTT~~ NM: 09354315 22/06/2018 As: 18:55

REGISTROS MEDICOS DA EVOLUCAO

Evolução Do Paciente

grau de medicina e cirurgia do pé e tornozelo
3 DPO DE FIXADOR EXTERNO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS
DA Perna Esq.
BOA PERFUSÃO E SENSIBILIDADE
SEM SINAIS FLOGÍSTICOS
Tomografia com frago em malleolo posterior e segmentar da fibula
CD: MANTENHO INTERNADO PARA ANTIBIOTICO

(H)

Dr. João Adolfo Ut
Médico
Ceará-PE 23077

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MÉDICOS LTDA - HE

23/05/2018 11:00

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Prontuário: 11005430

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Lelto: 113-P2/1

Profissional(is): CARLOS FREDERICO WOOLDEY DE MIRANDA JUNIOR MEDICO CRM-20556 N°: 09362033 23/05/2018 às 10:59
[1]

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

Grupo de medicina e cirurgia do pé e tornozelo

[1]

3 DPO DE FIXADOR EXTERNO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna Esq

BOA PERFUSÃO E SENSIBILIDADE

SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

Tomografia com traço em maleolo posterior e segmentar da fibula

CD: MANTENHO INTERNADO PARA ANTIBIOTICO + SÓL PRÉ OP

Dr. Carlos Frederico WOOLDEY DE MIRANDA JUNIOR
CRM-20556
Cód. P.R.: 15142
TEC.: 1 Traum/Ortoped.
Ortoped.: 1 Traum/Ortoped.

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

05/06/2018 18:53

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15636390

Promotor: 11005430

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR -HE

Lote: 113-P2/1

Profissional: ARCHILOTE CORREIA DE MELLO CRM 081061

Nº: 08373848 24/05/2018 às 12:58

REGISTROS MEDICOS DA EVOLUCAO

Evolução Do Paciente

#Grupo de medicina e cirurgia do pé e tornozelo

(1)

4 DPO DE FIXADOR EXTERNO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS
DA Perna Esq.
BOA PERFUSÃO E SENSIBILIDADE
SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

Tomografia com esco em maléolo posterior e segmentar da fibula

CD: SOLICITO CIRURGIA - AGENDAR PARA SEGUNDA

SOLICITAR EXAMES DE CONTROLE DE INFECÇÃO NO DOMINGO.

Dr. José Adolfo Uri
Medico
CRM PE 23071

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2010

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

25/05/2018 15:25

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Prontuário: 11005430

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Lelbo: 113-P2/1

Professional(is): MARCELO RAIUL CAVALCANTI TORRES MEDICO CRM 20730 [1] Nº: 09383660 25/05/2018 às 15:22

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé#

[1]

HO: Fratura em ossos da perna E
. Trauma em 19/05/2018.
. Controle de dano em 19/05/2018.

Paciente clínicamente estável. Nega queixas / intercorrências nas últimas 24h.

AO Exame: EGB, COTE, eupneico.
MIE com fixador externo transarticular. Boa perfusão distal.

Cd:

1. Sollito exames laboratoriais
2. Sollito radiografia de controle
3. Aguardo p. cardio
4. Cirurgia definitiva programada para 28/05/2018 se condições de partes moles
5. Oriento carga zero / priorizar repouso com membro elevado

Cid10

S82 FRAT DA Perna INCL TORNOCOLO

[1]

Marcelo Raul C. Torres
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 20.730 TEOT 15.663

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MÉDICOS LTDA - HE

28/05/2018 10:30

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA Dt. Nasc.: 30/01/1974 Atendimento: 15538390 Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 113-P2/1
Profissional(s): CARLOS FREDERICO COQUEIRO DE MIRANDA JUNIOR MEDICO CRM: 20556 - Nº: 09389287 - 28/05/2018 às 10:29

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pés

HQ: Fratura em ossos da perna.
Trauma em 19/05/2018.
Controle de dano em 12/05/2018.

Paciente clinicamente estável, sem queixas / intercorrências nas últimas 24h.

Ao exame: EGB, COTE, eletrônico.
MIE com fixador externo fechado. Pta perfusão distal.

Cd:

1. Solícito exames complementares
2. Solícito radiografia da perna
3. Aguardo p. resultado
4. Cirurgia definida para amanhã - para 29/05/2018 se condições de partes moles
5. Oriento cama 7000 kg e uso com membro elevado

Cld10

S82 FRAT DA PERNAS / L23 / 20556

[1]

Dr. Carlos Frederico M. de Miranda Jr.
CRM-PE: 20556
TELE: 15742
Ortopedia / Traumatologia

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018



Evolução Diária Posto Clínico-Cirúrgico

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

05/06/2018 15:54

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA
Profissional(s): CARLOS FREDERICO VASCONCELOS RODRIGUES CRM-PE N° 09398161 27/05/2018 18:21

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé

(1)

HQ: Fratura em ossos da perna. E
Trauma, em 18/05/2018.
Controle de dano, em 19/05/2018.

Paciente clínicamente estável. Nega queixas / intercorrências nas últimas 24h.

Ao exame: EGB, COTE, supinico.
ME com fixador externo transarticular. Boa perfusão distal.

Cd:

1. Sócio esquerda laboratorial
2. Sócio radiografia de controle
3. Aguardo p. cardio
4. Cirurgia definitiva programada para 28/05/2018 se condições de partes moles
5. Orientar carga zero / priorizar reposição com membro elevado

Cid10

S82 FRAT DA Perna INCL TORNOCOLO

(1)

Dr. José Adatto Urt
CRM-PE 23077

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

Evolução Diária Posto Clínico-Cirúrgico

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

28/06/2018 16:46

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536890

Prontuário: 11005490

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LPA-02/1

Profissional(is): MARCELO RAUL C. TORRES MEDICO - CRM/20730018 N°: 09406906 - 28/06/2018 - às 16:44.

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé#

[1]

Paciente submetido a retirada de fixador externo transarticular + osteossíntese em tibia E, sem intercorrências.
Vida relatório de cirurgia.

Cd:

1. À enfermaria após recuperação anestésica em SR
2. Solicito radiografia de controlo
3. Restante - VPM

Cid10

S82 FRAT DA Perna INCL TORNOCÉL

[1]

Marcelo Raul C. Torres
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 20730-TEOT 15.005

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

Evolução Diária Posto Clínico-Cirúrgico

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

05/06/2018 15:56

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Prenotário: 11005480

Convênio: HAPVIDA

Posto: PÓSTO 2 ANDAR - HE

Lote: 113-P2/2

Profissional(a):

Nº: 09414037

23/05/2018

12:26

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 DPO DE DISTROSSINTESIS DA Perna Esquerda
PACIENTE EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS
REFERINDO DOR EM REGIÃO DE INCISÃO
BOA SENSIBILIDADE E MOBILIDADE DOS DEDOS
BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA
CD: MANTENH. ANALGÉSIA
TROCAR CURATIVO E TÁLA

(M)

Dr. José Adotto Un
Luisão
CRM-PE 23077

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018



Evolução Diária Posto Clínico-Cirúrgico

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

08/06/2018 19:37

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/01/1974	Atendimento: 15536390	Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA	Ponto: POSTO 2º ANDAR - HE	Lote: 113-P2/2	
Profissional(s): BARROS, RODRIGO WILLY DE MIRANDA JUNIOR MEDICO CRM-20528	Nº: 09422731	30/05/2018	10:38

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

2 DPO DE OSTEOSINTSE DA Perna ESQUERDA
PACIENTE EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS
REFERINDO DOR EM REGIÃO DE INCISÃO
BOA SENSIBILIDADE E MOBILIDADE DOS DEDOS
BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA
CD: MANTENHO ANALGÉSICA
TROCAR CURATIVO E TALA

[1]

Dr. José Adatto Un.
Medico
08/06/2018

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HE - HOSPITAL DE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

31/05/2018 17:57

Morador: ANDRÉ BERNARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Prontuário: 11005430

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 113-P2/2

Responsável: DR. RUBÉLO RAIUL CAVALCANTI TORRES, MÉDICO, CRM 20730 [1] N°: 09436855 31/05/2018 às 17:51

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé#

[1]

Osteossíntese em tibia E em 28/05/2018.
(Trauma em 19/05/2018).

Paciente clinicamente estável. Nega novas queixas / intercorrências nas últimas 24h.

EF: EGB, COTE, eupneico.
F.O. com discreta área de necrose.
Boa perfusão distal em MIE.

Radioografia de controle evidencia material de síntese bem posicionado.

Cd:

1. Mantenho atbprofilaxia
2. Prescrevo curativo especial
3. Solicito HMG / VHS / PCR
4. Oriento priorizar repouso com MIE em elevação / carga zero
5. Vigiar sinais de infecção / desacordo de F.O.
6. Restante VPM

Cid10

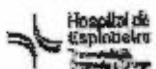
S82 FRAT DA Perna INCL TORNозELO

[1]

Marcelo Raúl C. Torres
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 20.730 TEÓTYS 865

10 JUL 2018

ARUANA SEGUROS



Evolução Diária Posto Clínico-Cirúrgico

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

03/06/2018 15:58

Paciente: ANDRÉ BERNARDO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA

DL Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536090

Prontuário: 11005430

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Lado: #13-P2/2

Procedimento(s):

Nº: 09443638 01/06/2018 às 12:20

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

Medicina e Cirurgia do Tomozato à Pélvica

(1)

Desaparecimento em tibia E em 28/05/2018.
(Trauma em 19/05/2018).

Paciente clinicamente estável. Nega novas queixas / intercorrências nas últimas 24h.

EP: EOB, OOTF, eupneico.
F.O. com discreta área de náusea.
Boa perfusão distal em MIE.

Radiografia de controle evidencia material de síntese bem posicionado.

Cd:

1. Manterão abaprofloxacin
2. Prescrevo curativo especial
3. AGUARDO HMG / VHS / PCR
4. Oriento priorizar repouso com MIE em elevação / carga zero
5. Vigiar sinais de infecção / descolamento de F.O.
6. Restante VPM

Dr. José Adolfo Urra
CRM-PE 23077

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

02/06/2018 14:11

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA

DE Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Prontuário: 11005430

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 113-P2/2

Proteostomista: MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES, MÉDICO, CRM 20730 [1] N°: 09454339 02/06/2018 às 14:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé#

[1]

Osteossíntese em fibia E em 28/05/2018.
(Trauma em 19/05/2018).

Paciente clinicamente estável. Nega novas queixas / intercorrências nas últimas 24h.

EF: EGB, COTE, eupneico.
Curetivo / tala bota em MIE. Bda perfusão distal em MIE.

Radiografia de controle evidencia material de síntese bem posicionado.

Exames laboratoriais (31/05/2018): Hb = 12 / Ht = 37,7 / Leuco = 9.900 /
PCR = 14,7 / VHS = sem resultado

Cd:
1. Mantereno atropfíaxia / curativo especial
2. Orientar priorizar repouso com MIE em elevação / carga zero
3. Vigiar sinais de infecção / descoloração de F.O.
4. Restante VPM

S82 FRAT DA Perna INCL TORNOCÉL

[1]

Marcelo Raul C. Torres

Ortopedia e Traumatologia

CREMEPE 20.780 TECI 15.865

Cid10

10 JUL 2018

ARUANA SEGUROS

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

03/06/2018 18:44

ULTRA SOM,SERVICOS MÉDICOS LTDA - HE

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA

DT. Nasc.: 30/01/1974

Atendimento: 15536390

Prontuário: 11005430

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Lado: 113-P2/2

Profissional(is): MARCELO RAUL CAVALENTI TORRES MEDICO CRM/PI 0560111 N°: 09464123 03/06/2018 às 18:42

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pés#

[1]

Osteossíntese em tibia E em 28/05/2018.
(Trauma em 19/05/2018).

Paciente clínicamente estável. Nega novas queixas / intercorrências nas últimas 24h.

EF/EGB, COTE, eupnéico.
Curativo./ Itala bota em MIE. Boa perfusão distal em MIE.

Radiografia de controle evidencia material de síntese bem posicionado.

Exames laboratoriais:
(31/05/2018); Hb = 12 / Ht = 37,7 / Leuco = 9.800 / PCR = 14,7 / VHS =
sem resultado

Cd:

1. Mantendo atbprofilaxia / curativo especial
2. Orientar priorizar repouso com MIE em elevação / carga zero
3. Vigilar sinais de Infecção / deiscência de F.O.
4. Restante VPM

Cid10

S82 FRAT DA Perna INCL TORNOZELO

[1]

Marcelo Raul C. Torres,

Ortopedia e Traumatologia

CREMEPE 20.730 TECIT.15.664

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

05/06/2018 16:00

Paciente: ANDRÉ BERNARDO DA SILVA	DL. Nasc.: 30/01/1974	Atendimento: 15536390	Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 1 ANDAR - HE	Lote: 113-P2/1	
Profissional(s):	Nº: 09473748	04/06/2018	Hr: 17:58

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#Medicina e Cirurgia da Tornozelo à Pés# [4]

Osteossíntese em úbia E em 29/05/2018.
(Trauma em 19/05/2018).

- Paciente clínica e estabilizado. Nega novas quedas / intercorrências nas últimas 24h.

EF: EGB, COTE, evanescente.
Curativo / laje dota em MIE. Boa perfusão distal em MIE.

Radiografia de controle evidencia material de síntese bem posicionado.

Exames laboratoriais:
(31/05/2018): Hb = 12 / Ht = 37,7 / Leucó = 9.900 / PCR = 14,7 / VHS =
sem resultadoCd:
1. alta para consultivos ambulatorialmente*Dr. José Adolfo Uri
Lisboa
CRM-PE 23077**Alta médica**Dr. José Adolfo Uri
Médico
CRM-PE 23077*

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

25/07/2014 10:34

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA	Dt Nasc.: 30/01/1974	Atendimento: 15535526	Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Lito: 300212/20	
Professional(is): LYSON AZEVEDO AGUIAR CRM 24238 [1]	Nº: 09321202	19/05/2018	13:36

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE DA ENTRADA, TRAZIDO PELO RESGATE, COM COLAR CERVICAL E EM PRANCHA RÍGIDA, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 H COM FERIMENTO EM Perna ESQUERDA. RELATA QUE USAVA CAPACETE E NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, CEFALÉIA, NAUSEAS OU VÔMITOS.

QUEIXA-SE DE DOR EM MIE

EF: VIA AEREA LIVRE. SEM DOR À PALPAÇÃO CERVICAL SEM ESCORIAÇÕES, HEMATOMAS OU ENFISEMAS TORACICOS, SEM DOR À PALPAÇÃO DE GRADIL COSTAL SEM SANGRAMENTOS ATIVOS EVIDENTES. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. ABDOME INDOLOR À PALPAÇÃO.
ECG 15, SEM DEFÍCIT FOCAL APARENTE
IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA EM MIE. NEUROVASCULAR DO MEMBRO PRESERVADO.

CD: RETIRO COLAR CERVICAL
SOLICITO RX

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial	98 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
-------------------------------------------	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS	[1]
CID10	V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

25/07/2018 10:37

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/01/1974	Atendimento: 15535526	Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA		Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/20
Profissional(is): LYSON AZEVEDO AGUIAR CRM 24238 [1]		Nº: 09321908	19/05/2018 às 14:54

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE DA ENTRADA, TRAZIDO PELO RESGATE, COM COLAR CERVICAL E EM PRANCHA RÍGIDA, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 H COM FERIMENTO EM Perna ESQUERDA. RELATA QUE USAVA CAPACETE E NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA, NAUSEAS OU VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM MIE	[1]
	EF: VIA AEREA LIVRE. SEM DOR À PALPAÇÃO CERVICAL SEM ESCORIAÇÕES, HEMATOMAS OU ENFISEMAS TORACICOS. SEM DOR À PALPAÇÃO DE GRADIL COSTAL. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. ABDOME INDOLOR À PALPAÇÃO. ECG 15, SEM DEFÍCIT FOCAL APARENTE FERIMENTO SANGRANTE EM REGIÃO MEDIAL DO TERÇO DISTAL DA Perna ESQUERDA	
	RX COM FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA ESQUERDA CD: TETANO GAMMA + CEFALOTINA + ANALGESIA + SOLICITADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA.	

Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patoológicos Familiar	Não	[1]
	99	[1]

EXAME FÍSICO		
Aspecto Geral	PACIENTE DA ENTRADA, TRAZIDO PELO RESGATE, COM COLAR CERVICAL E EM PRANCHA RÍGIDA, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 H COM FERIMENTO EM Perna ESQUERDA. RELATA QUE USAVA CAPACETE E NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA, NAUSEAS OU VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM MIE	[1]
	EF: VIA AEREA LIVRE. SEM DOR À PALPAÇÃO CERVICAL SEM ESCORIAÇÕES, HEMATOMAS OU ENFISEMAS TORACICOS. SEM DOR À PALPAÇÃO DE GRADIL COSTAL SEM SANGRAMENTOS ATIVOS EVIDENTES. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. ABDOME INDOLOR À PALPAÇÃO. ECG 15, SEM DEFÍCIT FOCAL APARENTE IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA EM MIE. NEUROVASCULAR DO MEMBRO PRESERVADO.	
	CD: RETIRO COLAR CERVICAL SOLICITO RX	

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
-------------------------------------------	-----	-----

DIAGNÓSTICO		
CID10	V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS	[1]
CID10	V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]
--------------------------------	-----------------------------------	-----

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

26/07/2018 10:37

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/01/1974	Atendimento: 15535528	Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Lote: 300212/20	
Profissional(is): ANGELICA FONSECA DA SILVA, ENFERMEIRA, COREN 542338 [1] ANN CIBELLE DA SILVA ARRUDA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 728108 [2]	Nº: 09322089	19/05/2018	as 15:11

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Informações Adicionais Do Paciente

PACIENTE 44 ANOS DE IDADE ADMITIDO NA URGENCIA VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAZIDO PELO SAMU ,ACOMPANHADO DO CUNHADO,PACIENTE REALIZOU RX ,CONSTATADO FRATURA DE TIBIA (EXPOSTA)EM MIE,NEGA ALEGRIA ,DM-, HAS+, FAZ USO DO MEDICAMENTO HIDROCLOROTIAZIDA,CONCIENTE ,ORIENTADO,SOLICITADO TRATAMENTO CIRURGICO,SEGUE AGUARDANDO INTERNAÇÃO CIRURGICA

[1]

CONTROLE VITAIS

SINAIS VITAIS

T	36 °C	[2]
Pressão Arterial	140X90	[2]
Dor	Intensa.	[2]

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

PACT DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO,TRAZIDO PELO BOMBEIRO,VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO,COM EGR,CONSCIENTE,ORIENTADO,NEGA DM,ALERGIA MEDICAMENTOSA E ALEGA SER HIPERTENSO,REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO,FOI PUNCIONADO COM JELCO 20 MCP,PACT COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E .AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

[2]

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

25/07/2018 10:37

Paciente: ANDRÉ BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/01/1974	Atendimento: 15535526	Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Lito:	300212/20
Profissional(is): 	Nº: 09322152 19/05/2018 às 15:19		

CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

ADMINISTRAÇÃO DE MÉDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE [1]

PACIENTE 44 ANOS DE IDADE ADMITIDO NA URGENCIA VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAZIDO PELO SAMU ,ACOMPANHADO DO CUNHADO,PACIENTE REALIZOU RX ,CONSTATADO FRATURA DE TIBIA (EXPOSTA)EM MIE,NEGA ALEGRIA ,DM-, HAS+, FAZ USO DO MEDICAMENTO HIDROCLOROTIAZIDA,CONCIENTE ,ORIENTADO,SOLICITADO TRATAMENTO CIRURGICO,SEGUE AGUARDANDO INTERNAÇÃO CIRURGICA

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

26/07/2018 10:38

Paciente: ANDRE BERNARDO DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/01/1974	Atendimento: 15535526	Prontuário: 11005430
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Leito: 300212/20
Profissional(is): [REDACTED] 17[1]	Nº: 09322255 19/05/2018 às 15:31		

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE** TETANO GAMMA AMPL 250UI IM ADMINISTRADO AS 15:31, EM 19/05/2018 RESP. JOYSSÉ REBECA SANTANA DOS SANTOS, COREN/PE 1225517. [1]
- CEFALOTINA FRAP 2GR EV ADMINISTRADO AS 15:31, EM 19/05/2018 RESP. JOYSSÉ REBECA SANTANA DOS SANTOS, COREN/PE 1225517.
- TRAMAL AMPL 100MG EV ADMINISTRADO AS 15:31, EM 19/05/2018 RESP. JOYSSÉ REBECA SANTANA DOS SANTOS, COREN/PE 1225517.
- DIPIRONA AMPL 1000MG EV ADMINISTRADO AS 15:31, EM 19/05/2018 RESP. JOYSSÉ REBECA SANTANA DOS SANTOS, COREN/PE 1225517.
- CURATIVO EXTRA GRANDE REALIZADO AS 15:32, EM 19/05/2018 RESP. JOYSSÉ REBECA SANTANA DOS SANTOS, COREN/PE 1225517.
- PUNCAO C/ JELCO REALIZADO AS 15:32, EM 19/05/2018 RESP. JOYSSÉ REBECA SANTANA DOS SANTOS, COREN/PE 1225517.

ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018



Seguradora Líder - DPVAT

ASU: 02926 02/18

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA André Fernanda da SilvaDATA DO ACIDENTE 19/05/18CPF DA VÍTIMA 771.117.614-72

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Rua Fernandes VieiraNº 21 COMPLEMENTO lote 8 BAIRRO Jardim AtlânticoCIDADE Almada UF PE CEP 53140-300E-MAIL _____ TELEFONE (81) 3011-3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS* CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

10/08/18

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

ARUANA SEGUROS

IDENTIDADE

Renato Paixão

NAME

obtenha o fone

ASSINATURA

ASSINATURA



ARUANA SEGUROS
10 JUL 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012711751856

VIA	ODONIENAVAN	PLANO	EXERCÍCIO
1	1074810145	1074810145	2016

NOME
LUCIANO JELLINE JR. CHATE

SAC - L - DA MATA-PE

CNPJ / CNPJ	PLACA
045.657.277-19	0748021

PLACA ANT. / UF	CHASSIS
***** / PE	00112-0001000105

ESPECIEIRO	COMBUSTIVEL
SEB / CICLO OLEO	13 SOLINA
MARCA / MODELO	ANO TAG - ANO M/DO

CAP/POLE	CATEGORIA	COPIE/COMUNICANTE
2P/48C1	PERM	PRETA

I - COTA UNICA	VEND. COTA UNICA	VEND. OCTAS
P - IPVA 2016 QUITADO		1º ***-***-***
V - FAXA LEVA	PARCELAMENTO / GOTAS	2º ***-***-***
A -	***-***-***	3º ***-***-***

PREMIO TARIFARIO (R\$) — IGF (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO
SEGURCO 22.00

RODRIGUES GOMES

OBRAES

AL. FIM BANCO ESTETICA DO BRASIL

IND. VAIOS PARA TRANSFERENCIA

Cháller, Anderson Soares Ribeiro

DATA

27/06/16

Cháller, Anderson Soares Ribeiro

DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO/DETRAN/PE

ARUANA SEGUROS

10 JUL 2018