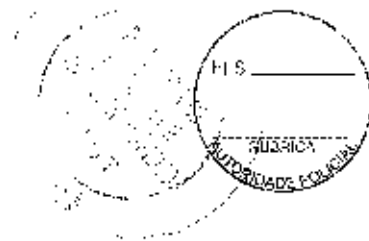




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019858549



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4023 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/11/2019 09:03:41**
Data / Hora da Ocorrência: **14/09/2019 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV OSORIO DE PAIVA, PARANGABA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PRIXIMO AO FROTINHA DA PARANGABA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **22/10/1997** CPF: **614.937.743-10**
RG: **20085533011** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA**
JOSÉ PINTO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA RODRIGUES MEDEIROS, 575**
Bairro: **CANINDEZINHO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.731-385**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98620-7046**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCN9051** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1670BR509672** Renavam: **324450842** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE HELIO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL ACIMA MENCIONADOS TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OCN-9051, SENDO CONDUZIDA POR JOSE EDIVANDO DO ROSARIO MACIEL, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO AVANÇOU O SINAL VERMELHO, MOMENTO EM QUE ESTE COLIDIU NA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA; QUE COM O IMPACTOS CAÍRAM, MAS SOMENTE A DECLARANTE FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE SEM PRESTAR SOCORRO; QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL FROTINHA DA PARANGABA E NO OUTRO DIA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA MULHER. E NADA MAIS DISSE////

OBS: A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ART 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR AD DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

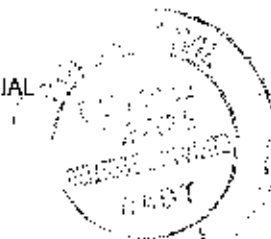
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8

* Dairara Paiva de Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019868549



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4023 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Diana Póvoa de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) : 
DIANA MÂRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: _____ 3 - CPF da vítima: **61493774310** 4 - Nome completo da vítima: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**

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

5 - Nome completo: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **61493774310**
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA RODRIGUES MEDEIROS** 9 - Número: **575** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **CANINDEZINHO** 12 - Cidade: **FORTALEZA** 13 - Estado: **E** 14 - CEP: **60731385**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **85-99917-9339**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4689** CONTA: **15852** 6

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **FORTALEZA, 20/12/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718772

Vítima: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718772

Vítima: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000004689**

Conta: **0000015852-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04689

CONTA: 000000015852-6

Nr. da Autenticação 8E5AC5742582BCD8

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0467572/19

Vítima: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

CPF: 614.937.743-10

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 14/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA : 614.937.743-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA
CPF: 614.937.743-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718772 **Cidade:** Parangaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 19/21/23/94_CIRÚRGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA
DATA DO ACIDENTE 14/09/2019 CPF DA VÍTIMA 614.937.743-10
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA RODRIGUES MEDEIROS, 575
CANINDEZINHO
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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)
() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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 DEPENDÊNCIA 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

• 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 _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURODORA

DATA 20/12/2019
NOME André Luiz Silva
ASSINATURA André Luiz Silva DPVAT



**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

PAIVA DE OLIVEIRA
DADOS PESSOAIS

USUARIO DESCONHECIDO Nº 3691

Nº DO
PRONTUÁRIO
368186

Nº DO BE
289376

CADSUE

NASCIMENTO
01/01/1998(21
ANOS)

SEXO

F

RACAO

NÃO INFORMADO

DOCUMENTOS

NOME

NOME RESPONSÁVEL

NI

C. MÚNIO

FORTALEZA

CEP

60.720-000

UF

CE

ENDEREÇO

AVENIDA GENERAL OSÓRIO DE PAIVA 1127
PARANGABA

CÓDIGO

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO DOENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, USBM04, REFERE DOR APOS TRAUMA PUNHO
ESQUERDO, LACERAÇÃO NO QUEIXO

MOTIVO

AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

SÍNDROMES

NI

ESCALA DE DOR

99 (ADULTO)

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

SAT O2

NI%

PULSO

NI

RESPIRAÇÃO

NI

CLASSIFICAÇÃO

VERDE

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO

DATA E HORA DA

CLASSIFICAÇÃO

14/08/2019

08:58:10

ÁREA DE AT

TRAU

10

CLOGIA

ÁREA ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO

SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS

DOO. PROCEDIMENTO

CD

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*trauma no punho e
+ ferida no abdômen/ costado
+ ferida no abdômen/ costado*

Rotura de
citofio geral - ferida costado

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Prescrito por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA machado em 14/08/2019 às 08:56:12

declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

SUTURA DE
CORTE

Pro Hermeto Soares
Dr. Hermeto Soares
Dr. Hermeto Soares

Dr. Hermeto Soares
Dr. Hermeto Soares
Dr. Hermeto Soares

Dr. Hermeto Soares
Dr. Hermeto Soares
Dr. Hermeto Soares

Dr. Hermeto Soares
Dr. Hermeto Soares
Dr. Hermeto Soares

Mônica Saba

Mat. 15984

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

QUANTAS COPIAS DESTE PRECIPUO DE COMEN.

ALISTO DO DOCTO. COMEN. COM. ORIGINAL

PP - Procurado

Mônica Saba

Mat. 15204

Arbitrado 75

(V)

Procurado 100

1M 2/10/11

10:30

[Signature]

CONDIÇÃO

ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ RENOVADO PARA: _____ GUAR Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: 11 HORA: 11

2 - OBSERVAÇÃO: (até 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: 11 HORA: 11

3 - INTERNAÇÃO ☒ PP PRODUÇÃO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 14.09.19 HORA: 9:30

ASS. CLÍNICO MÉDICO

4 - DATA ÚLTIMA: ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÚLTIMA: 11 HORA ÚLTIMA: 11

5 - EXAME DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMILIA 2 ☐ IML 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ END

ASS. CLÍNICO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PRECIPUO DE ASSOCIADO

ASS. DO MÉDICO E CARIÓTIPO

160553874180005

32386



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação

PROFESSORIA HOSPITALAR - CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE
RUA DO PIAUÍ, 111 - Fátima - Fortaleza - CE - 05046-000

AV. Celso de Faria nº 111 - Fátima - Fortaleza - CE - 05046-000

Fone/Fax (085) 3109-1300

CENTRAL DE REGISTRO E REGULARIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL - CENTRO - SUS - PM
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2319103159329

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-81

NOME DO PACIENTE

Dolores Riva de Almeida

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: RODRIGUES MEDEIROS N.º 576

BAIRRO

CHANDÉZZINHO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

DATA DO NASCIMENTO

22/10/1977

SEXO

1. ☐ MASC 2. ☒ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA S. L. A.

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

391149613-29

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

10/09/19

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DM, rubro e de fraco de
pulso e

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente de insuficiência cardíaca

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Hemograma + ECG + RX

Mônica Sato

Mat. 15994

DIAGNÓSTICO INICIAL

Infarto recente do infarto E

TIPO DE CLÍNICA

1. ☒ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
8. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

infarto recente

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

391149613-29

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

[Assinatura]
Mônica Sato

DATA

14/09/19

HORA

14:00



**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA		Nº DO PROXY CARD 389203		Nº DEES 289375	
CPF 708801586754488		NASCIMENTO 22/10/1997(21 ANOS)		SEXO F	
ENDEREÇO CAZASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 81483774310; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 200853301		NOME DA MÃE FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA			
CITY FORTALEZA		UF CE		ENDEREÇO RUA RODRIGUES MEDEIROS 575 CANINDEZINHO	
CEP 60.731-386		CONTATO (85) 98751-1406			

OCCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA (HOSPITAL, OUTROS DO PACIENTE)		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, USBM04, REFERE DOR APOS TRAUMA PUNHO ESQUERDO, LACERAÇÃO NO QUEIXO		NOTA AValiação TRAUMATOLÓGICA	
CITY NI		PRIMEIRA AVALIAÇÃO 99 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS		RESPOSTA À CLASSIFICAÇÃO BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO		DATA E HORA DA AVALIAÇÃO 14/09/2019 09:56:10	
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		PULSO NI	
ALERGIAS NAO		RESPOSTA À CLASSIFICAÇÃO BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO		PULSO NI	

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		ATENDIMENTO MÉDICO	
--	--	--------------------	--

ATENDIMENTO MÉDICO

MÉDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
				HOSPITAL DISTRITAL DE FORTALEZA		ATESTO QUE CÓPIA CONFERE	
				pp. <i>Mônica Saba</i>			
				Mônica Saba			
				Mat. 15984			

TIPO DE ALTA/SAÍDA

DECISÃO MÉDICA ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO		ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATESTADO		DATA E HORA DO ATESTADO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por DEJENANE ISIDORIO COSTA SOARES em 14/09/2019 às 14:05:24

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Nome:

Dacara Paiva de Oliveira

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			14/09/19	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
14/09/19	Intervista a estomate etc de Heli 14:14h
14/09/19	D.P.O. 28 anos. Paciente admitida na emergência por trauma por queda. Exame físico: consciente, orientada, responde em ar ambiente. Sem queixas. Sem sinais vitais alterados. Segue sob cuidados da equipe.
	Com Trauma: Encaminhada ao posto 1, 2 - III.
14/09/19	# Infirmary # D.P.O. 28a, f, III por trauma em ponto (E). Preveniente de emergência, foi admitida às 16h40min. no Posto 1. Evolui consciente, orientada, cooperativa, verbaliza suas NAB's, deambula sem auxílio. Responde em ar ambiente. Com APV em N/D, pérvia. Segue com acompanhamento. Refere dor no local de trauma. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Foi orientada que o médico não autorizou acompanhamento.
15/09/19	Recebeu a seguinte evolução:
	Paciente com trauma em ponto (E). Consciente, orientada, deambula sem auxílio. Com sinais vitais normais. Sem sinais de trauma. Sem queixas. Sem sinais vitais alterados. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.

Letícia Pereira Barreto
COREN-CE 000.333.333

Ana Cecília da Silva Farias
COREN-CE 455.208 - ENF

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Otorrinolaringologista
CRM 1000

Dr. João da Silva
CRM 1000

Dr. João da Silva

Mônica Saba

Mat. 15950

Folha 1

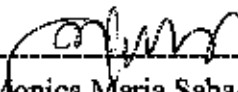
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sra. **Daiara Paiva de Oliveira** deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 14/09/2019 às 08:56min, sem documentação, sendo atendida como desconhecida sob o prontuário de nº 389186.

Os familiares, no dia seguinte, apresentaram os documentos necessários para o reconhecimento da desconhecida. Após analisarmos o RG de nº 2008553301 e CPF de nº 614.937.743-10 constatamos que o nome da paciente é **Daiara Paiva de Oliveira**, nascida na data de 22/10/1997, filha de Francisca de Assis de Paiva Silva, residente à Rua Rodrigues Medeiros, 575, canindezinho-60731-385-Fortaleza.

Atenciosamente,

Fortaleza 06 de novembro de 2019


Monica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do NUAC

Mônica
Coordenadora
CPF: 259.952.968-1
Matr: 15984

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SANE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deve ser seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS	
HORARIO:	20.00
P.A.:	120/80
TEMP.:	35.6
P. / MIN.:	
M. V. / MIN.:	

NOME: Roberto Henrique Rodrigues IDADE: 23 ENF.: 13 LEITO: 111 Nº. PRONTUÁRIO: 22109

DATA: 15/05/2011 PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA: Dr. Roberto Henrique Rodrigues HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS: 12h, 15h, 18h, 21h OBSERVAÇÃO: paciente em uso de insulina de 12h, 15h, 18h, 21h RUBRICA: (Assinatura)

DIETA GERAL. IBUPROFENO 01 COMP-VO 12H/2 HS. DIPROMA 01 AMP-18 CC SE EV 18 HS SN. TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SN. SINAIS VITAIS: 12h, 15h, 18h, 21h

Dr. Roberto Henrique Rodrigues
Otorrinolaringologista
CRM-15384

quintina
Enfermeiro
CRM-15384

MARIA SARA
Mét. 15384



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 409	PONTO DE APOIO: R66 U	Nº DA OCORRÊNCIA: 0173
DATA: 14/09/19	TURNO: NT	EQUIPE: Galvânia / Antonione
NOME: Daiana Paula de Oliveira	IDADE: 22	SEXO: F
ENDEREÇO: Av Osorio de Faria para fronteira da		
REFERÊNCIA: Parangaba	BAIRRO: Parangaba	
QTY: 04:53	QUS: 08:20	QUR: 8:48
QUY:	QUU: 9:27	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: 201205		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
☐ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:

B respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☐ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
	☐ BRADIPNEICO			
	☐ AGÔNICA/AUSENTE			

C circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO	SANGRAMEN
	☐ NORMOCÁRDICO	☐ CHEIO	☐ CORADA	☐ SUDOREICA
	☐ TAQUICÁRDICO	☐ FILIFORME	☐ PÁLIDA	☐ SECA
	☐ BRADICÁRDICO	☐ IMPALPÁVEL	☐ CIANÓTICA	☐ QUENTE
			☐ FRIA	

D neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA ☐ 4	ORIENTADO (A) / ORIENTADO (P) ☐ 5	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6	
	A VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5	
	A DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4	

E avaliação	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Dna Antonia	

SAMPLA

FC: 112	PA: 120 x 80	FR: 18	GLIC: —	OXIM: 98	TEMP: —
---------	--------------	--------	---------	----------	---------

QTY: DESLOCAMENTO: QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA: QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA: QUA: CHEGADA AO QUARTAL DO SAMU: QUA: SAÍDA DO QUARTAL DO SAMU: QUA: CHEGADA AO QUARTAL DO SAMU: QUA: SAÍDA DO QUARTAL DO SAMU:

PREScrição Médica

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS./CRM:

pct última da colisão entre a carroceria e o paciente, consciente, extático, apresentando
laços corporais, saturação em 92% + fratura da
perna esquerda para presença de deformidade
e edema local.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS./COREN:

DESTINO DO PACIENTE

ASS.:

UNIDADE DE SAÚDE: Unidade de Saúde

☒ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: 19/09/19 às 9 hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU,

RG/CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às

hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Nº PRONTUÁRIO: 85795

TOTAL DIAS DE PERMANÊNCIA: 03 DIAS

ENFERMARIA/LEITO: 208-77

DATA DE ADMISSÃO: 15/08/19

DATA DE ALTA: 18/09/19

DIAGNÓSTICO INICIAL/CID-10:
FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

DIAGNÓSTICO FINAL/CID-10:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
PUNHO+REPARO LIGAMENTAR DO PUNHO/CARPO

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: PACIENTE 21 ANOS RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTO DIA 14/08 COM TONTURA NO MOMENTO DO ACIDENTE AO TRAUMATIZAR O QUEIXO. PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA POR MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES NO CORPO, DOIS DENTES QUEBRADOS E LESÃO EM MSE. FOI DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE RÁDIO DISTAL A ESQUERDA. NO MOMENTO SEM QUEIXAS.

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS:

EXAMES SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS.

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES: CIRURGIA REALIZADA SEM INTERCORRÊNCIAS. PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ASSINTOMÁTICA, COM BOM CONTROLE ÁLGICO, SEM NOVAS QUEIXAS. ACEITA BEM A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VÔMITOS. CONCILIA CICLO SONO VIGILIA. ATUALMENTE EM BOAS CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO+REPARO LIGAMENTAR DO PUNHO/CARPO DIA 17/09/19 POR DR FREDERICO THALES E DR THIAGO AGUIAR CAVALCANTI

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA:

- 1) MARCAR NO SAME RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DA TRAUMATO-ORTOPEDIA COM 30 DIAS.
- 2) SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.
- 3) REALIZAR RADIOGRAFIA NO DIA DE CONSULTA AMBULATORIAL.
- 4) RETRAR PONTOS COM 15 DIAS NO POSTO DE SAÚDE

CONDIÇÕES PÓS ALTA:

() Curada (X) Melhorada () Inalterada () A pedido () Transferida () OUTRA () Óbito () Solicitada necropsia

Fortaleza – Ceará, 18/09/2019

CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

[Assinatura]
Dra. Karla Marques Viana
CRM 10.228
CRM 10.228

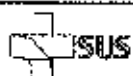
Respeite os direitos humanos e sexuais das mulheres: saúde sim, violência não.

(

(

927000 32906

23/9/03 154769



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXEQUANTE

HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN

2 - CNES

7 047 4 28

4 - CNES

7 047 4 28

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Daiara Lima de Almeida

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

85795

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0860 7 586 76 99 88

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/10/1997

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OUTRESPONSÁVEL

Fronasco de Almeida Lima Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

86 2070 46

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Rodrigues Medeiros 575

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Korolândia

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

60337585

15 - UF

60

16 - CEP

60337585

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de moto
+
fratura rádio esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + EF + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura rádio E

21 - CID 10 PRINCIPAL

S525

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura extremidade distal rádio

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020407

26 - CLÍNICA

ortopedia unguia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0 679 950 1347

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dra. Clara Mota Randal

Médica Otorrinolaringologista

CRM-ORL 16822

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Clara Mota Randal

Médica Otorrinolaringologista

CRM-ORL 16822

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

(

8



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN**

HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN	Prontuário Único (1)	Data
		15/09/2019 14:47
		Prontuário
		85795

Nome do Paciente DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA		Nascimento 22/10/1997	Idade 21 anos	Sexo F
Nome Mãe FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA		Situação Conjugal		
Profissão	Escolaridade			
Documento de Identificação 614.937.743-10(CPF)/20085633011(RG)	CadSus 708601586754488	Naturalidade Boa Viagem-CE		
Endereço Rua Rodrigues Medeiros 575	Bairro Canindezinho	Município/Estado Fortaleza/CE		
Telefone(s) 60.731-385	(85) 98620-7046(85)98747-9221			

Abertura: 15/09/2019 14:47	Autorizado por:	Médico Indicado:	Especialidade:
Consulta	Horário	Médico	Especialidade

Data Hora	Evolução

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation. The names are listed in alphabetical order, and each name is followed by the position to which he or she has been appointed. The names are as follows:

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation. The names are listed in alphabetical order, and each name is followed by the position to which he or she has been appointed. The names are as follows:



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATO CIRÚRGICO

Nome:

DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Pront. Nº 85795

Indicação cirúrgica: **FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO**

Cirurgia realizada: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO + REPARO LIGAMENTAR DO PUNHO/CARPO.**

Cirurgião:

DR. THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OL

Auxiliar:

DR. FREDERICO THALES

Anestesiista:

Data da cirurgia:

17/09/2019

Descrição médica

1. **PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTESICO**
2. **ANTISSEPSIA, ASSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.**
3. **ACESSO VOLAR AO PUNHO COM DISSECÇÃO POR PLANOS.**
4. **REPARO LIGAMENTAR RADIO CÁRPICO COM VYCRIL**
5. **REDUÇÃO DA FRATURA SOB VISÃO RADIOSCÓPICA**
6. **FIXAÇÃO COM PLACA PARA RADIO DISTAL E 03 PARAFUSOS CORTICAIS**
7. **SUTURA POR PLANOS**
8. **CURATIVO**

CÓDIGOS: FRATURA DE PUNHO TTO CIRÚRGICO - 30721199 (6C)
REPARO LIGAMENTAR - 30721237(5B)

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11506

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.
Ortopedia e Traumatologia RQE 5732
Cirurgia de Trauma e Quadril
CRM 11506 SBOT 13025 SBQ 0688

Assinatura do(s) executante (s):

Hora do início: ____:____

Hora do término: ____:____

(

(

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

3. The third part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

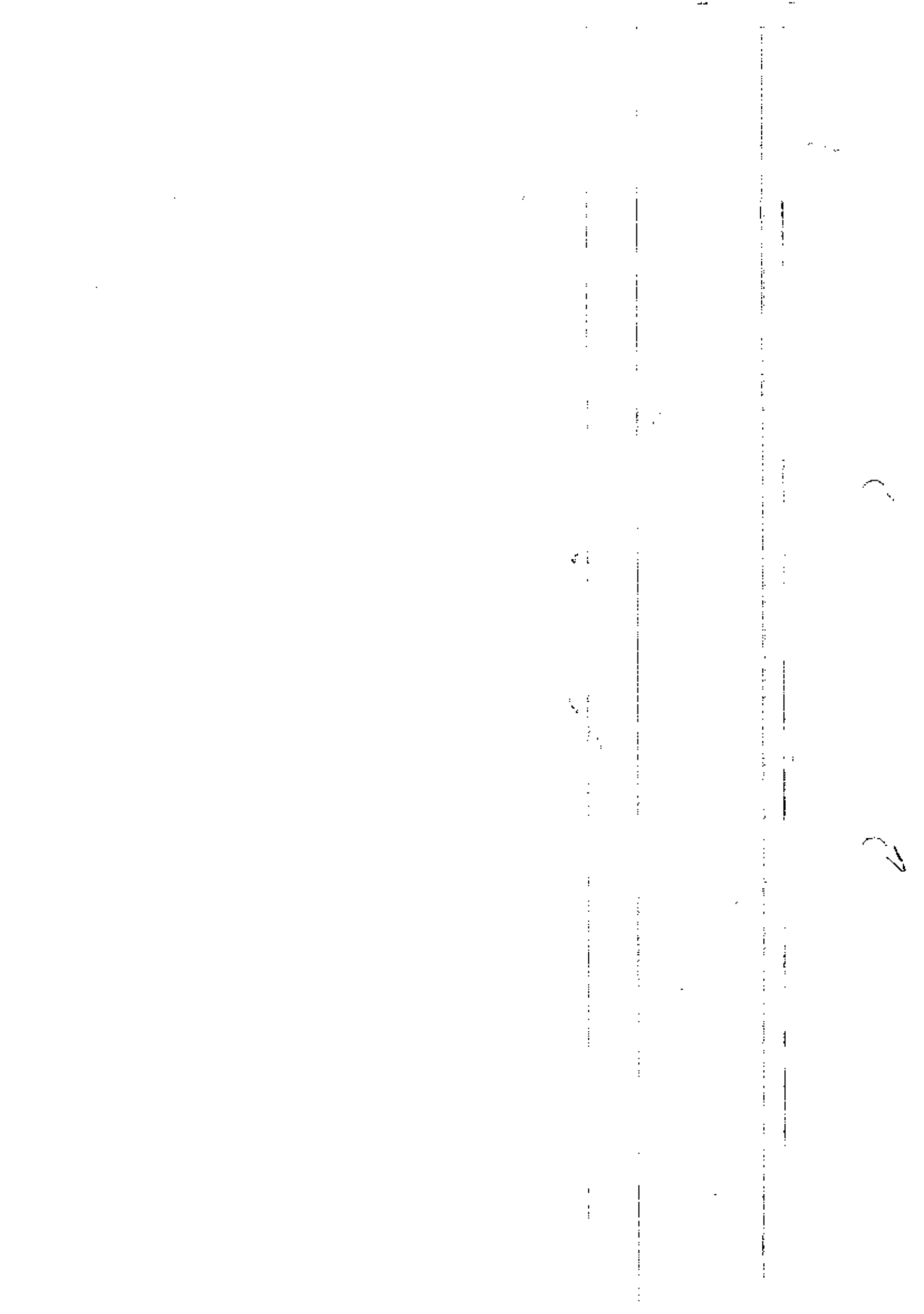
4. The fourth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

5. The fifth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions of the Board of Directors of the Corporation.

Ficha Anestésica

NOME DO PACIENTE										PRONTUÁRIO		DATA											
Sociana Paiva de Oliveira										85795		17/09/19											
TIPO DE CIRURGIA																							
TCO análogos de Fratura de Rádio																							
CIRURGIÃO				AUXILIAR 1				AUXILIAR 2				PEDIATRA											
Dr. Thiago																							
IDADE		PESO		ALTURA		SEXO		TEMPERATURA		PULSO		RESPIRAÇÃO		PR. ARTERIAL		ESTADO MENTAL							
26		65		1,70		F		36,5		81		supria		135 x 88		consciente							
TIPO SANGÜÍNEO				HEMÁCIAS				HEMOGLOBINA				HEMATÓCRITO				GLICÊMIA		URÉIA		URINA		ALERGIAS	
																						Nega	
APARELHO RESPIRATORIO														ASMA		ECG							
Ndm														-		R. Sinus							
APARELHO CIRCULATORIO														ATÁRAXICOS									
Ndm																							
APARELHO DIGESTIVO														DENTES		PESCOÇO		CORTICÓIDE					
Siga > Siga														Incompleto		Mpi							
APARELHO URINÁRIO														HIPOTENSORES									
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO														ASA		Indução							
MISSÃO NO C.C. () Consciente () Oribilado () Inconsciente () Coma														Satisfatória:				Excitação					
																		Laringoespasmo					
																		Náuseas:					
																		Vômitos:					
																		Tosse:					
INDICAÇÃO														HORA		EFEITO							
														17:00		17:15							
HORÁRIO														MANUTENÇÃO									
Agentes Anestésicos														1) Oxigeno + monitorização 2) midazolam 3 mg + Fentanil 100 mcg EV 3) Bloqueio de plexo Braquial c/ Lidocaina 1% + Ropivacaína 0,5% Supracleavicular: 20 ml Axilar: 20 ml 4) alfentanil 2 mcg EV 5) Propofol 20 + 20 mcg EV 6) atemina 10 mcg EV 7) Dipirona 2 mcg EV + Bromoprida 10 mcg EV + atropina 100 mcg EV + Dexmedetomidina 10 mcg EV									
Líquidos																							
CÓDIGO																							
Sistólica Diastólica Pulso Oximetria Capnografia e Respiração																							
240														Oximetria + PAA + Cardíaco									
220														100% 100% 100%									
200																							
180																							
160																							
140																							
120																							
100																							
80																							
60																							
40																							
20																							
Símbolos e Anotações														ANESTESIA SATISFATÓRIA () Sim () Não, porque? _____ DESPERTAR Reflexos na S.O. _____ Obstrução _____ CO2 _____ Excitação _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____ Para o leito com cânula () sim () não ALTA: () Consciente () Oribilado () Inconsciente () Coma () UTI () Leito () Residência Perda Sanguínea Aproximada _____ Volume Sanguíneo Reposto _____ Duração Total da Operação: _____ h _____ min Duração Total da Anestesia: _____ h _____ min Edson Bula Marquetti 1468 Assinatura do Anestesiologista Responsável CRM									
AGENTES														Vide manutenção									
TÉCNICA/ANESTESIA														Bloqueio plexo Braquial + Lidocaina									
INTERCORRÊNCIAS																							
ANESTESISTA														Dr. Edson									





TRAUMABONE

PRODUTOS MÉDICOS

PACIENTE: Daiana Paiva de Oliveira

AIH: _____

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: _____

PRONTUÁRIO: 85795

COLOCAR Nº DO PRONTUÁRIO

MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Thiago Aquino + Dr. Frederico Thales

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 17 / 09 / 19

CONVÊNIO: Sus

ROPM	QUANT	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
		PARAFUSO DESLIZANTE
		PLACA TUBO DHS 135°MM
		PLACA TUBO DCS 95°MM
		PARAFUSO ESPONJOSO 6,5MM
		PARAFUSO CORTICAL 4.5MM
		PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM
		PLACA SEMITUBULAR 4,5MM
		PLACA DE COMP. DINÂMICA LARGA 4.5MM
		PLACA DE COMP. DINÂMICA ESTREITA 4.5MM
		PLACA EM " T " 4.5 MM
		PLACA EM " L " 4.5 MM
		PLACA DE RECONSTRUÇÃO 4.5MM
		PLACA DE COMP. DINÂMICA 3.5MM
		PLACA DE SEMITUBULAR 3.5MM
	01	PLACA EM " T " 3.5MM
		PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3.5MM
	03	PARAFUSO CORTICAL 3.5MM
		PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM
		PLACA PARA CALCÂNIO
		ARRUELA
		PLACA ANGULADA

FORTALEZA 17 DE Setembro DE 20 19
HOSPITAL: ARDEAN

TRAUMABONE COMÉCIO LTDA - EPPRua Dom Carlotto Távora, 570 - Sala 06 - CEP 60421-090Fone: (85) 3225.9520 - Fax: (85) 3292.8627



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTI, ZILDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES ESPECIAIS
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEVES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ME: DAÍARA PAIVA DE OLIVEIRA

DATA:18/09/19

LETO:207-77

HORÁRIOS

PRONTUARIO: 85795

OBSERVAÇÃO DA ENFERMAGEM

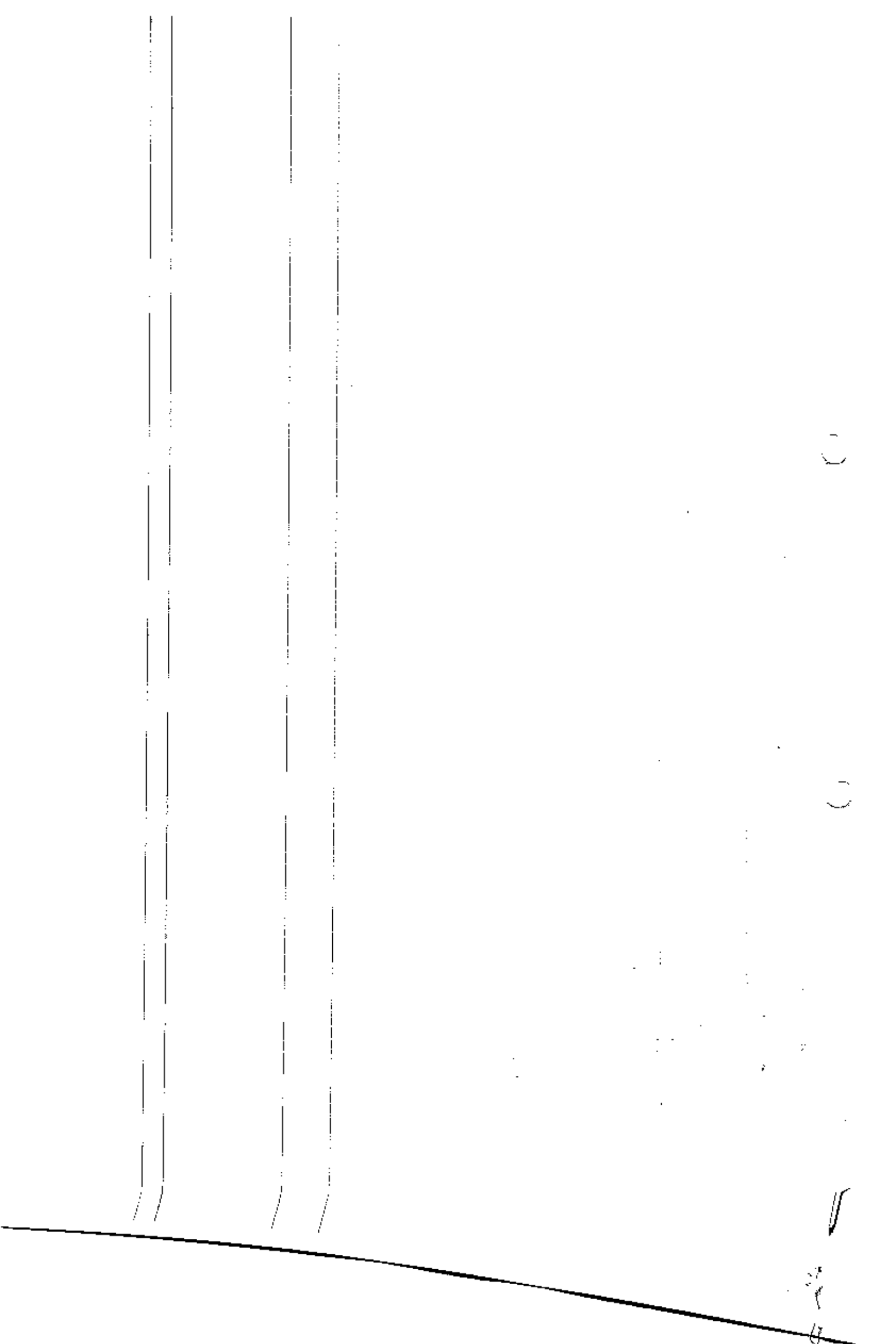
- | | | | |
|--|-------|--------|--|
| 1. DIETA ORAL GERAL | | | |
| 2. DIPIRONA GOTAS 40GOTAS VO DE 6/6H SE DOR OU FEBRE | 14.36 | SW | 19/09/2019 15:00h SD |
| 3. BROMOPRIDA GOTAS 40GOTAS VO ATÉ DE 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | | SW | Segue comumente, verificação
da Verboeiza. Verificação
SSIV, AUP em MSK, se
benzodiazep. certo dia a pos
U. 12. Fluimucil 300 mg
nken (S.C.). Receber paracet
benzodiazep. para tranquilizar
a Anest. Segue com enu |
| 4. PACO 30MG OICP VO ATÉ DE 8/8H, SE DOR INTENSA | | SW | |
| 5. OMEPRAZOL 20MG OICP VO EM JEIUM | | (06) | |
| 6. ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ASSISTIDA | | Art | |
| 7. CAPTOPRIL 25MG, OICP, VO, SE PA SIST $\geq$ 180MMHG E/OU PA DIAST $\geq$ 120MMHG 30/30MM (MAX 04 DOSES) | | SW | |
| 8. GLICEMIA CAPILAR SE SINTOMAS | | SW | |
| 9. GLICOSE 50%, 04FA, EV, SE DX $<$ 70MG/DL | | SW | |
| 10. INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA MOVEL PADRÃO: 181 - 220 2UI 221- 260 4UI 261-300 6UI 301-340 8UI 341 - 380 10UI 381 - 420 12UI $>$ 421 14UI
* FAZER METADE DA DOSE À NOITE *NÃO FAZER SE DIETA ZERO | | SW | |
| 11. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS | | SW | |
| 12. ALTA HOSPITALAR | | native | |
| | | SW | |

CARIMBO E ASSINATURA DO ASSISTENTE:

Dra. Kamila Hartono, MSc
: Staf Riset
CREMCO 18.230 -
Kardjono

[illegible]

Det. received after 18:30h
accompanied by 2 samples.
res.



ADMISSÃO MÉDICA

15/09/19 16:12

ID: Daiara Paiva de Oliveira — PRONTUÁRIO: 85795

QP: acidente de moto

HDA: Paciente, 21 anos, relata ter sofrido acidente de moto ontem, com perda da consciência na hora do acidente, refere não se recordar dos acontecimentos. Procurou assistência médica, por múltiplas escoriações no corpo, dois dentes quebrados e lesão em membro superior esquerdo. Foi diagnosticada com fratura de rádio distal a esquerda. No momento, lúcida e orientada. Diurese e evacuações presentes; aceita alimentação líquida, por dificuldade de mastigação; concília o sono. Queixa de dor em MSE.

HD: Fratura de rádio distal esquerdo

COMORBIDADES: NEGA. Nega tabagismo e etilismo.

HPP: Nega cirurgias prévias. Sem comorbidades.

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

AO EXAME FÍSICO:

PA 110/70 FC 90-104 SATO2 96% T 36 DX 90

GERAL: EGB, AAA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA EM AR AMBIENTE.

AC: RCR, 2T, BNF

AP: MVU+ S/ RA.

ABD: RIIA+, PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO PALPO VISCEROMEGALIAS.

EXT: PPP, SEM EDEMA, CIANOSE OU SINAIS DE TVP

ESCORIAÇÕES EM FACE E MEMBROS

CONDUTA:

1. AGUARDO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
2. EXAMES 14/09: leuc 26700 neutr 92% bastões 1% Hb 12,7 Ht 37,4 plq 288mil cr 0,84 glic 126 l. 4 na 136 ur 22
3. Solicito ECG
4. SOLICITO NOVA RADIOGRAFIA DE TORAX
5. Solicito novos exames — avaliar leucocitose, paciente sem foco
6. Solicito TC crânio — TCE

Dra. Clara Mota Randal
Médica Ortopedista
CRM - CE 16672

Respeite os direitos humanos e sexuais das mulheres: saúde sim, violência não.

3

10

Triagem Nutricional

Nome: <u>Darara Paiva de Oliveira</u>		Admissão: <u>15/09/19</u>	
DN/idade: <u>22/10/97 / 23 a</u>		Enf./Leito: <u>203/77</u>	
Naturalidade: <u>Goiás - GO</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>	Ocupação: <u>Gerente de loja</u>	
Diagnóstico Clínico: <u>Acidente moto - Fratura punho e quadril</u>			
Peso Habitual: <u>---</u>	Peso Atual: <u>53,7</u>	Alt: <u>1,56</u>	IMC: <u>24</u>
Diagnóstico nutricional: <u>Eutrofia</u>		% Perda peso	

Triagem Nutricional Adulto

Classificação de risco nutricional (Nutritional Risk Screening - NRS 2002)

FASE 1		
	Sim	Não
1. Apresenta IMC < 20,5?		☒
2. Houve perda de peso nos últimos três meses?		☒
3. Houve redução na ingestão alimentar na última semana?		☒
4. Portador de doença grave, mau estado geral ou em UTI?		☒
Sim: Se a resposta for "sim" para qualquer questão, continue e preencha a fase 2.		
Não: se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.		
Se for indicada uma cirurgia de grande porte, continue e preencha a fase 2.		

FASE 2			
Prejuízo de estado nutricional		Gravidade da doença (aumento das necessidades)	
Ausente Escore 0	Estado nutricional normal	Ausente Escore 0	Necessidades nutricionais normais
Leve Escore 1	Perda de peso > 5% em três meses ou ingestão alimentar de 50% a 75% das necessidades calóricas na última semana	Leve Escore 1	Fratura do quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas, cirrose, DPOC, hemodiálise crônica, diabetes e câncer
Moderado Escore 2	Perda de peso > 5% em dois meses ou IMC entre 18,5 e 20,5 + queda do estado geral, ingestão alimentar de 60% das necessidades calóricas na última semana	Moderado Escore 2	Cirurgia abdominal de grande porte, fraturas, pneumonia grave, leucemias e linfomas
Grave Escore 3	Perda de peso > 5% em um mês (> 15% em três meses) ou IMC < 18,5 + queda do estado geral, ingestão alimentar de 0% a 25% das necessidades calóricas na última semana	Grave Escore 3	Transplante de medula óssea, pacientes em cuidado intensivo (APACHE > 10)
Soma dos escores	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>2</u> ESCORE TOTAL
Escore ≥ 3: o paciente está nutricionalmente no limite de risco e o cuidado nutricional é indicado.			
Escore < 3: reavaliar o paciente semanalmente. Se o paciente tem indicação para cirurgia de grande porte, considerar plano de cuidado nutricional para evitar riscos associados.			

Protótipos de gravidade de doenças

- **Escore 1** = paciente com doença crônica, admitido no hospital devido às complicações. O paciente está fraco, mas sai da cama regularmente. As necessidades de proteínas são maiores, mas podem ser supridas por alimentação ou suplementação oral na maioria dos casos.
- **Escore 2** = paciente acamado devido à doença, após cirurgia abdominal de grande porte. As necessidades de proteínas são consideravelmente maiores, mas podem ser compensadas através de alimentação artificial (NE ou NP), necessária em muitos casos.
- **Escore 3** = paciente em cuidado intensivo com ventilação assistida. Maior necessidade de proteínas pode ser parcialmente compensada por alimentação artificial. O catabolismo protéico e a perda de nitrogênio podem ser significativamente atenuados.
- Se a idade do paciente for maior ou igual a 65 anos, na utilização da classificação de risco nutricional (NRS 2002 modificado) fases 1 e 2, aplica a miniavaliação nutricional (MAN).

OBS: Eutrofia, IMC: 24 kg/m².

1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS JOSÉ DE ALENCAR - CEMJA
LABORATÓRIO CENTRAL DE FORTALEZA

End: Rua Guilherme Rocha 510, Centro. Fortaleza - Ceará.

PEDIDO: 181117-84 - DAIANA PAIVA DE OLIVEIRA 208-77 P3

NOME DA MÃE:

SOLICITANTES: JULIANA LOPES ALFAIA

ATEND.: 15/09/2019

LOCAL: LOCAL DE CADASTRO

CADASTRO: HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZ

PÁG.: 1 de 5

ORIGEM: SUS

IMP.: 16/09/2019 12:06:55 - POSTO3 - Sotti@b

Material: Sangue

Data Coleta: 15/09/2019

VHS (HEMOSEDIMENTAÇÃO)

RESULTADO.....: 66 mm

Valor de Referência:

Homens (1ª hora) ... Até 06 mm

Mulheres (1ª hora) ... Até 12 mm

Método: Automatizado 1ª Hora.



Maria Goretti Cavalcante Albuquerque
CRP: 1519

1990

2

12

Figure 1. The effect of the concentration of the polymer on the gelation time of the epoxy resin.

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS JOSÉ DE ALENCAR - CEMJA
LABORATÓRIO CENTRAL DE FORTALEZA

End: Rua Guilherme Rocha 510, Centro. Fortaleza - Ceará.

PEDIDO: 181117-84 - DAIANA PAIVA DE OLIVEIRA 208-77 P3

NOME DA MÃE:

SOLICITANTES: JULIANA LOPES ALFAIA

ATEND.: 15/09/2019

LOCAL: LOCAL DE CADASTRO

CADASTRO: HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZ

PÁG.: 3 de 5

ORIGEM: SUS

IMP.: 16/09/2019 12:06:55 - POSTO3 - Soft@b

Material: Plasma

Data Coleta: 15/09/2019

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO:

Paciente: 25,9 segundos

Controle: 24,4 segundos

Relação Paciente / Controle: 1,06 segundos

Valor de Referência: Até 1,30

Resultados anteriores:

Ob

Material: Soro

Data Coleta: 15/09/2019

GLICOSE

RESULTADO.....: 88 mg/dL

Valores de Referência: 70 a 99 mg/dL

Método: Enzimático.

Obs.: Exame realizado em aparelho CMCS00 - WIENER.

Material: Soro Data Coleta: 15/09/2019

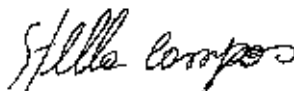
URÉIA

RESULTADO.....: 15 mg/dL

Valor de Referência: 10 a 50 mg/dL

Método: Cinético UV.

Obs.: Exame realizado em aparelho CMCS00 - WIENER



Dra. Raimunda Stella F. Campos
Farmacêutica / Bioquímica
CRF - 1990 - RNSC

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411	1412	1413	1414	1415	1416	1417	1418	1419	1420	1421	1422	1423	1424	1425	1426	1427	1428	1429	1430	1431	1432	1433	1434	1435	1436	1437	1438	1439	1440	1441	1442	1443	1444	1445	1446	1447	1448	1449	1450	1451	1452	1453	1454	1455	1456	1457	1458	1459	1460	1461	1462	1463	1464	1465	1466	1467	1468	1469	1470	1471	1472	1473	1474	1475	1476	1477	1478	1479	1480	1481	1482	1483	1484	1485	1486	1487	1488	1489	1490	1491	1492	1493	1494	1495	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	----

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS JOSÉ DE ALENCAR - CEMJA
LABORATÓRIO CENTRAL DE FORTALEZA

End: Rua Guilherme Rocha 510, Centro, Fortaleza - Ceará.

PEDIDO: 181117-84 - DAIANA PAIVA DE OLIVEIRA 208-77 P3

NOME DA MÃE:

SOLICITANTES: JULIANA LOPES ALFAIA

ATEND.: 15/09/2019

LOCAL: LOCAL DE CADASTRO

CADASTRO: HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZA

PÁG.: 4 de 5

ORIGEM: SUS

IMP.: 16/09/2019 12:06:55 - POSTO3 - Softi@b

Material: Soro

Data Coleta: 15/09/2019

CREATININA

RESULTADO.....: 0,56 mg/dL

Valores de Referência:

Homens: 0,7 a 1,3 mg/dL

Mulheres: 0,5 a 1,1 mg/dL

Método: CINÉTICO

Obs.: Exame realizado em aparelho OMB8001 - HIERNER.

Material: Soro

Data Coleta: 15/09/2019

SÓDIO

RESULTADO.....:136 mEq/L

Valor de Referência:

Homem: 135 a 145 mEq/L

Mulher: 135 a 145 mEq/L

Criança: 135 a 145 mEq/L

Método: Ion seletivo.

Obs.: Exame realizado em aparelho KONELAB 601 - WIENER.

Material: Soro

Data Coleta: 15/09/2019

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

RESULTADO.....:4,14

Valor de Referência: NÃO REAGENTE (inferior a 0,5 mg/dL)

Método: Turbidimétrico



Dra. Raimunda Stella F. Campos

Farmacêutica / Bióloga

CRF-1390-RN/SC

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study. It discusses the importance of the study and the objectives of the research. It also provides a brief overview of the methodology used in the study.

2. The second part of the report is a detailed description of the study area. It provides information about the location of the study area, the population of the study area, and the characteristics of the study area. It also discusses the data sources used in the study.

3. The third part of the report is a detailed analysis of the data collected during the study. It discusses the results of the study and the conclusions drawn from the data. It also provides a summary of the findings of the study.

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS JOSÉ DE ALENCAR - CEMJA
LABORATÓRIO CENTRAL DE FORTALEZA

End: Rua Guilherme Rocha 510, Centro. Fortaleza - Ceará.

PEDIDO: 181117-84 - DAIANA PAIVA DE OLIVEIRA 208-77 P3

NOME DA MÃE:

SOLICITANTES: JULIANA LOPES ALFAIA

ATEND.: 15/09/2019

LOCAL: LOCAL DE CADASTRO

CADASTRO: HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZ

PÁG.: 5 de 5

ORIGEM: SUS

IMP.: 16/09/2019 12:06:55 - POSTO3 - Softi@b

Material: Soro

Data Coleta: 15/09/2019

POTÁSSIO

RESULTADO.....: 3,8 mEq/L

Valor de Referência: 3,5 a 5,0 mEq/L

Método: Ion seletivo.

Obs.: ANÁLISE realizada em aparelho KENILAB 601 - WIENER

Material: Plasma

Data Coleta: 15/09/2019

TEMPO DE PROTROMBINA

Paciente: 11,9 segundos 94,2 %

Controle: 11,0 segundos 100,0 %

VR: 1,03 Valor de Referência: Até 1,25

Resultados anteriores:

Obs:

Stella Campos

Dra. Raimunda Stella F. Campos

Farmacêutica / Bioquímica

CRF - 1990 - RN/S.C

(

(



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HMDZAN

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HMDZAN

2 - CNES

710417428

4 - CNES

710417428

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Galara, Raimundo de Oliveira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

6 - APDO PRONTUÁRIO

85783

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CDD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CDD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - CDD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente necessita de Acompanhante.

Rco. Rodrigo Tavares Lixtares
Diretor Técnico - CRM 8690
Hosp. e Matern. Dra. Zilda Anne Neumann

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

(X) CPF

744081209391

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

(

)

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ACOMPANHANTE

USUÁRIA: Daiara Paiva de Oliveira PRONTUÁRIO 85795
ENFERMARIA: 210 LEITO: 8477 DATA: 15/09/19

Comprometo-me, na condição de acompanhante da usuária supracitada a cumprir as seguintes recomendações:

1. Só é permitido 1(um) acompanhante por usuária;
2. É proibido fumar nas dependências do hospital (inclusive no estacionamento);
3. O horário de visita deve ser rigorosamente cumprido;
4. Não é permitida a entrada de nenhum dos itens: roupas, aparelhos ou equipamento eletros e eletrônicos (som, tablet, notebook, máquina fotográfica, TV, ventilador, etc), comidas, bebidas e cigarros. O hospital NÃO se responsabiliza por objetos pessoais de pacientes e acompanhantes;
5. Não é permitida entrada de menores de 12 anos nas enfermarias, somente em caso excepcional, devidamente autorizado, pelo Serviço Social.
6. O acompanhante deve ser orientado pela equipe de enfermagem sobre os cuidados a serem prestados ao paciente;
7. É preciso zelar pelas boas normas de convivência no ambiente hospitalar: não falar alto, não deitar ou sentar na cama da usuária, não comer a alimentação da(s) usuária(s), não discutir ou exercer outras formas de comportamentos agressivos;
8. Não usar o banheiro das usuárias internadas, devendo usar somente os banheiros destinados aos (às) visitante (s)/ acompanhantes;
9. Para qualquer informação e / ou orientação, dirigir-se ao posto de enfermagem;
10. Não usar o telefone da unidade. Ao usar o próprio celular, esse deverá estar no modo silencioso;
11. O/A acompanhante e/ou visitante deve estar com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar, não sendo permitido uso de shorts, vestidos e saias curtas e bermudas.
12. O/A acompanhante deverá se dirigir ao Serviço Social, apresentando documento com foto para fazer registro, receber e atualizar o cartão de acompanhante e as orientações necessárias;
13. Não é permitido ao(a) acompanhante circular pelos corredores nem adentrar as enfermarias. Ou seja, o/a visitante/acompanhante deverá permanecer ao lado do leito da usuária que está acompanhando ou visitando. Proibido transitar nas áreas comuns internas e externas a partir de 23:00h;
14. Não poderão ser acompanhantes: mulheres grávidas, pessoas com doenças infectocontagiosas, diabéticos em uso de insulina e outros;

Declaro que estou ciente e de acordo com as normas supracitadas.

Ediângela Barbosa Pinto

Assinatura do(a) usuário/ acompanhante

Patricia Helena

Assistente Social-CRESS

Patricia Helena
Assistente Social
CRESS: 02...

(1)

(1)

Termo de Responsabilidade

Eu, Daiara Paiva de Oliveira (Nome do paciente) domiciliada à
Rua: Rodrigues Medeiros 575 Município Fortaleza UF CE
(Rua (Avenida), Nº (bairro))

- 1- Autorizo o corpo clínico do Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann, a praticar qualquer tratamento clínico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão, exames complementares inclusive sorológicos, HIV e etc.) bem como aos demais profissionais da equipe multiprofissional a executar medidas de tratamento e reabilitação, que sejam necessárias a minha recuperação;
- 2- Autorizo e concordo com saídas durante a internação, em transporte adequado e com acompanhante desta unidade, para outros serviços da rede municipal de saúde, sempre que necessário, bem como a remoção/transferência para outros hospitais, com a finalidade de realização de exames e/ou tratamentos especializados não existentes ou específicos deste hospital;
- 3- Estou ciente que só é permitido, quando necessário, um acompanhante e que o horário de visita deve ser rigorosamente cumprido;
- 4- Estou ciente, de que não é permitida a entrada de nenhum item como: roupas curtas (mulheres shorts e vestidos, e homens de bermudas), comidas, bebidas, cigarros e aparelhos ou equipamentos eletroeletrônicos (ventilador, TV, som, notebook, tablet e etc.) e outros bens, ratificando que este hospital não se responsabilizará por bens que não tenham sido entregues oficialmente ao setor competente, cuja comprovação deverá ser exigida pelo paciente/acompanhante;
- 5- Responsabilizo-me pela minha saída, dentro do prazo máximo de 48 horas, após alta;
- 6- Afirmando ainda, que estou ciente das normas e rotinas do hospital e que as mesmas deverão ser cumpridas.

Fortaleza, 25 de Setembro de 2024

X Daiara Paiva de Oliveira

(Assinatura do paciente ou responsável legal (escrever parentesco))

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Eu, _____
fui devidamente esclarecido (a) da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito. Declaro que se houver necessidade desta Instituição entrar em contato sobre os resultados dos exames abaixo discriminados:

- ☐ Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;
☐ Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio:
☐ Telefone _____ ☐ Email _____
☐ Endereço _____ ☐ Outro _____

Fortaleza, ____/____/____

Desde que respeitados os direitos à privacidade e sigilo de informações, assino este termo em 02 vias, sendo a 1ª via para o serviço e a 2ª para usuário.

(Assinatura do paciente ou responsável legal (escrever parentesco))

(Assinatura do responsável pelo atendimento)

Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido para Cirurgia de Traumatologia e Ortopedia

(Consentimento Informado - Norma Técnica Resolução SS. 169 de 19/05/96)

Paciente: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

PU: _____ Posto/Enfermaria: 208 Leito: 77

1. Foi informado (a) pelo (a) médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração (ões), diagnóstico (s) ou hipótese (s) diagnóstica (s)

2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido (a):
A Artroplastia de Quadril é a substituição total ou parcial da articulação do quadril, feita por meio de materiais artificiais (metal, cerâmico ou plástico). Tem a finalidade de reduzir a dor e rigidez além de melhorar a capacidade de realizar atividades de vida diária.



3. Foram-me explicados os benefícios, tratamentos alternativos (uso de analgésico, bengalas, muletas e fisioterapia), as possibilidades de ter os resultados que espero quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e os riscos que existem em não realizar o procedimento.
4. O meu médico me informou as possíveis consequências da não realização deste procedimento e/ou tratamento.
5. Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:
- Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
 - Dor no período pós-operatório;
 - Exacerbação de doenças clínicas pré-existent;
 - Flebite: Inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
 - Sangramento;
 - Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar: causada pela coagulação do sangue no interior das veias (dados mundiais);
 - Encurtamento do membro inferior e desvios angulares do joelho;
 - Lesões de Nervos maiores;
 - Falha de implantes;
 - Alergia: Reações alérgicas as medicações utilizadas.

Complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar a óbito.

Mundialmente as taxas de complicações raras ficam em torno de 0,7% para Artroplastia de quadril, no entanto, possuímos uma estrutura hospitalar preparada para atendê-lo no caso de qualquer necessidade.

6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
8. Esta autorização também é dada a outros profissionais selecionados pelo meu médico a intervir no(s) procedimento(s) de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.
9. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

() Paciente () Responsável

Nome: Daiana Paiva de Oliveira

RG: 200855330-1 CPF: 61493774310 Parentesco: _____

Data: 16/09/2019 Hora: _____

X Daiana Paiva de Oliveira
Assinatura

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS

Autorizo o corpo clínico do Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Neumann a proceder à amputação/desarticulação de membro tendo em vista a gravidade do quadro clínico e ser esta a única maneira viável de se manter a vida.

Fortaleza, ____/____/____

(Assinatura do paciente ou responsável legal (escrever parentesco) documento identificação e telefone)

TERMO DE RESPONSABILIDADE POR NÃO AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS

Apesar de estar ciente da gravidade do quadro clínico e ser esta a única maneira viável de se manter a vida, NÃO AUTORIZO o corpo clínico do Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Neumann a proceder à amputação/desarticulação de membro tendo.

Fortaleza, ____/____/____

(Assinatura do paciente ou responsável legal (escrever parentesco) documento identificação e telefone)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e
Controle



CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

USUARIO: Zacarias.martins - UNIDADE: HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA - FORTALEZA

Operação:
Consultar Dados do Laudo

Siga os passos abaixo:
 Seleção da solicitação de
 Internação
 Pesquisar paciente
 Dados do laudo
 Dados do laudo - Internação
 Lista de ocorrência
 Visualização da ocorrência
 Inclusão de ocorrência

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações

DADOS DO LAUDO - SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Para realizar uma nova consulta de laudo clique em Voltar.

NÚMERO DO LAUDO	12700032406
Identificação do paciente	
PACIENTE	DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA
NOME DA MÃE	FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	389186
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	22/10/1997 - 21 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	FRANCISCA
DDO/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA 01, Nº 12
BAIRRO	BOM JARDIM
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	39114961334 - MARCOS VINÍCIOS ESMERALDO MELO
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 34843820
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERÁ TRANSFERIDA PARA HOSPITAL DA MULHER
Solicitação	
NÚMERO	12700032406
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO DE RESERVA
DATA - HORA	15/09/2019 - 13:10
PROFISSIONAL	39114961334 - MARCOS VINÍCIOS ESMERALDO MELO
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2518640 - HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA (FORTALEZA)
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
ESPECIALIDADE CLÍNICA	13 - GERAL
CLÍNICA COMPLEMENTAR	-
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA A/H EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO FORTALEZA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S525 - Fratura da extremidade distal do rádio
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	DOR, EDEMA E DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÃO

(1)

(2)

(3)

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RAIQ X

Judicial

JUDICIAL

NÃO

NÚMERO DO MANDATO

OBSERVAÇÕES JUDICIAIS*

Causas externas

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

NÃO SE APLICA

Reserva

DATA - HORA DA RESERVA

15/09/2019 - 13:13

MUNICÍPIO

FORTALEZA

ESTABELECIMENTO

7047428 - HOSPITAL DA MULHER (HOSPITAL E MATERNIDADE DRA
ZILDA ARNS NEUMANN)

CLÍNICA

13 - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

TIPO DE LEITO

EXTRA

Evolução do paciente

DATA-HORA A Y

OPERADOR L P

EVOLUÇÃO A Y

Nenhum registro encontrado.

Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última

[Voltar](#)

Caso deseje acessar a lista de ocorrências da solicitação você pode:

[Acessar ocorrências](#)

Caso deseje imprimir Laudo de Solicitação de Internação você pode:
[Imprimir Laudo de Solicitação de Internação](#)

1000

(10)

(10)

1000

(10)

(10)

1000



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PRONTO-SOLICITAÇÃO, REGISTRO E CONTROLE DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ GOMES DE OLIVEIRA, 100
AV. Carlos de Faria nº 1117 - Fátima - CEP 44220-000
Porto Alegre - RS
Telefone (51) 313-1307

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIT

N.º LAUDO:

N.º da AIT

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC/CNPJ
07.835.044 / 0002

NOME DO PACIENTE

Isadora Maria de Almeida

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

NOME DA MÃE

1. ☐ MASO

2. ☐ FEM

3. ☐ SEGURO

4. ☐ CONJUGE

5. ☐ FILHO

6. ☐ OUTRO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

391.149.613-79

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

14/09/19

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Doi, edema e de formidol no
punho E*

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pqso de complicação

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Pronele + EF + R

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura rádio distal E

TIPO DE CLÍNICA

1. ☒ CIRÚRGICA

2. ☐ CLÍNICA MÉDICA

3. ☐ PSIQUIÁTRICA

4. ☐ OUTROS

5. ☐ OBSTÉTRICA

6. ☐ FISIOTERAPIA

7. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossíntese

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

39224

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

14/09/19

9:40

CEP: 391.149.613-79

200

(1)

(2)

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Daura Paiva de Oliveira

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

14/09/19

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

14/09/19

Intervento p/ estresse de fígado de alto risco

14/09/19

D.P.O. 21 anos. Paciente admitida na emergência por trauma em região abdominal. Ex. físico: consciente, orientado, verbaliza seus NHB's, deambula sem auxílio. Responde em as ambiente. Sem queixas de dor ou desconforto. Sinais vitais estáveis. Segue sob cuidados da equipe.

Em tempo: Encaminhado ao posto I, L-III.

Larissa Portela Barreto
COREN CE 000.000.000

14/09/19

Enfermagem

D.P.O. 21a, f, 16h por trauma em ponto (E). Proveniente da emergência, foi admitida às 16h40min. no Posto I. Evolui consciente, orientada, cooperativa, verbaliza seus NHB's, deambula sem auxílio. Responde em as ambiente. Com AVP em MSD, segue com acompanhante. Refere dor no local do trauma. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. - Ats

Foi orientada que o médico não autorizou acompanhante. Ana Carolina da Silva Parias
COREN CE 455.208 - FNE

15/09

Recebeu alta

Dr. Ricardo Mendes Rodrigues
Osteopata - Traumatologia
CRM 1000

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

NORME,

	Glicemias	Inesfinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS	
HORARIO:	10:00
P.A.:	120x80
TEMP.:	35.6
P./MIN.:	
RA.V. / MIN.:	

Assinatura e carimbo do profissional responsável

[illegible]

100

(1)

(1)

100

100

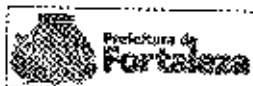
100

100

100

100

100



Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Aros Neumann

EVOLUÇÃO AMBULATORIAL

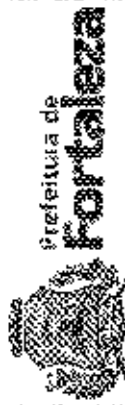
Nome:

DAIXEN POIXE OLIVEIRA

Nº Prontuário:

87995

Data/Hora	Evolução
23/10	
10h	Admission em P.O R F F Removido (C) em 17/09/13
12h	Fz Lupa
	+ 1/2 R Injeção de / furocort
	ca: Furocort 100mg
	Rc 2 e 12 horas



Prefeitura de

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES ESPECIALIZADAS
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: DALARA PAIVA DE OLIVEIRA	LEITO: 207-77	PRONTUÁRIO: 85795
DATA: 16/09/19	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO DA ENFERMAGEM
1. DIETA ORAL GERAL	SNP	15:30 - PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO
2. DIPIRONA GOTAS 40GOTAS VO DE 6/8H SE DOR OU FEBRE	SNP	NO MSD COM CATETER INTRAVENOSO
3. BROMOPRIDA GOTAS 40GOTAS VO ATÉ DE 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	SNP	Nº 20 - EST. LUANA B. B. B.
4. PACO 30MG OICP VO ATÉ DE 8/8H, SE DOR INTENSA	SNP	50 - Ref. de 21 anos, consciente e
5. OMEPRAZOL 20MG OICP VO EM JEIUM	SNP	orientada com fatura de med.
6. ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ASSISTIDA	SNP	dup. (E) aceita dieta VO, SSP
7. CAPTOPRIL 25MG, OICP, VO, SE PA SIST ≥ 180MMHG E/OU PA DIAS 2	SNP	10 dias, hospitalização por apendicite
120MMHG 30/30MIN (MAX 04 DOSES)	SNP	elimi. maciça em fisiológico e presença
8. GLICEMIA CAPILAR SE SINTOMAS	SNP	de exacerbação clínica para o
9. GLICOSE 50%, OADA, EV, SE DX <70MG/DL	SNP	mta. sem glicose. 16.0 mmol/L
10. INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA MOVEL PADRÃO: 181 - 220 2UI 221 - 260 4UI 261-300 6UI 301-340 8UI 341 - 380 10UI 381 - 420 12UI > 421 14UI	SNP	16.0 mmol/L - 16.0 mmol/L
* FAZER METADE DA DOSE À NOITE *NÃO FAZER SE DIETA ZERO	SNP	50 - Pac. consciente, orientada, verbalizando, deambulando, em dieta zero p/ diarreia, ev. e diurese presentes. AUP com MSD CI 6.20. Segue aos cuidados da enfermagem.
11. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS	SNP	
12.	SNP	

CARIMBO E ASSINATURA DO ASSISTENTE:

13. S6F (J:1) 1000 mL 1500 mL 1500 mL

as 22h.

300 (70) 509 (10)

Família Marques Viana
Médica
CREMEC - 16.238/7

Regina Maria
Enfermeira
COREN-CE 457.352

50 - 101 encaminhado ao CC. de 12/09/19

Alka E. M. Silva
Enfermeira
COREN-CE 22.002/1

1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

2. The second part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

3. The third part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

4. The fourth part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

Dr. J. H. C. ...
...

C

1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

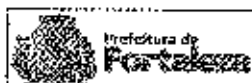
2. The second part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

3

[illegible]

EVOLUÇÃO

Data/Hora	Evolução
16/09/19 18:30h	Volunt. D.P.O. 21 anos, TH por Ex. de punho E. Euforiz PO: Dific. Orientada, Intelectual, Desempenho inferior em Q. Diferenciais C.A.S. para teste de glicose. Diminuição fisiológica para 4h Logo. Sign. - dimensão
17/09/19	(U) - Terapia Ocupacional Paciente D.P.O. 21 anos, TH por Ex. punho E. Associada: com- Clente orientada, cooperativa, realiza as atividades de vida diária com auxílio. Dieta zero (agendado "surgido" para teste). Realização atendimento terapêutico (rebravando).
17/09/19	* Evolução médica Diária, 21a, TH por: - Ex - punho E Parâmetros: normais Paciente estável e sem queixas sintomas. Segue em dieta zero. Sintomas presentes Ao exame: - BCS: BAA eupneú - ACP: fisiológico Od. @ Aguarda cirurgia - pro- gramada para tarde
17/09/19	* Evolução médica * Diária, 21a, TH por: - Ex de punho E (1º PO) * Parâmetros: normais * Paciente estável clinicamente, com dor local que cede ao uso de analgésico. - ACP: fisiológico. * PO: ① Alta hospitalar. ② Rastros pós OP.



EVOLUÇÃO

Nome: Daiana Pereira de Oliveira

Nº Prontuário:

Unidade: Posto 03

Leito: 77

Data/Hora	Evolução / Exatidão de Exatidão
01/09/19	Paciente Daiana, 21 anos, procedente da Frotinha da Parangaba, refere ter sofrido acidente com motocicleta (queda) 2 dias, referindo eliminação e fratura de tórax esquerdo. Enxofre consciente, orientado, de amplitude, cretando distúrbio líquido por conta da dificuldade na mastigação (dental gelada), apneia em ar ambiente. Hábito alimentar normal, tolerando ou alcoolismo. Apresenta uma região de queixa Direta espontânea, zancas, sendo mais de 10 dias seguidos de Equipe de Enfermagem. SIVV: PA= 100x70 mmHg; FC= 90-104 bpm; SatO2= 96%; T= 36°C; Di= 90 mg/dL. Venceu
16/09/19	* Redução médica. * Daiana, 21a, 21a per: - Fr de punho B * Parâmetros: artil, normotensa * Paciente estável clinicamente, com dor no local da lesão, mas sem outras queixas. - APO: psicológico. Sat99%. FC 89. * OX: ① eleva lab (Hb 11,5 100ml de 230) ② 40% de 1 / aguarda cirurgia. Dra. Kamila Marques Viana Médica CREMESP - 16.238 * Em tempo: pac. há 48h do acidente, sem alterações neurológicas. Refere dor no local após acidente, sem síncope ou vômitos. Paciente não tem sinais de colúmbia, com o TC de crânio. Dra. Kamila Marques Viana Médica CREMESP - 16.238

 Prefeitura de Fortaleza	Prefeitura Municipal De Fortaleza Secretaria Municipal De Saúde Hospital E Maternidade Dra.Zilda Arns Neumann

PACIENTE: Daiara Paiva de Oliveira

DATA: 18/09/19

ENE: _____

LEITO: 77

HORA	P.A	TEMP	FC	FR	SpO2	ASS/ CARIMBO
16h	130x70	36,0	85	20	—	Est de x e de trb Anestesia
22h						
06h						
10h						

HORA	DIURESES	RESÍDUO GÁSTRICO	DRENOS	ASS/ CARIMBO
18h				
24h				
06h				
12h				

(

2

{

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: DALARA PAIVA DE OLIVEIRA:

LETTO: 77

DATA: 17/09/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREScrição Médica	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO
1. Dieta Oral APÓS efeito anestésico.		
2. CEFALOTINA 1g EV, 6/6h	Su 08 15	Ao 20:10 h.o. Met. Retorno do E.C. pós Procedimento
3. Dipirona - 02:18ml ad, EV, 6/6h,	08 15	Cirurgia. A mesma sem
4. Bromoprida - 02:18ml ad ev 8/8h , SN	Su 08 15	Nenhuma dúvida a respeito
5. Tramal 100mg+ 100ml SF 0,9% EV de 8/8h	08 15	Bucal. Concomitante. Ombro
6. Omeprazol 40mg 01 comp vo 1x/dia em jejum	08 15	Verbalizando. A.V. p. em
7. Profenid 100mg + 100mL SF 0,9%, EV, 12/12h	08 15	M.S. 10 ^º (Salvador) pl Uda
8. SSVV	Estive	A.T.B. Acetato Bem 10 seta
		V.O. Ofendida. Blemnologia
		Irradiadora Presentes
		Experiências. Segue Bem
		Estar. ao Estado de
		Infirmagem. ~~~~~

John G. McGowan
Tel. 441-1100
CORNELL STORES

1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

2. The second part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

3. The third part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

4. The fourth part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

5. The fifth part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

6. The sixth part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

11
11

()

()



Prefeitura Municipal De Fortaleza
Secretaria Municipal De Saúde
Hospital E Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

PACIENTE: Dawara Pereira de Oliveira

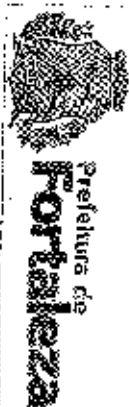
DATA: 17/09/19

ENE.: _____

LEITO: 77

HORA	P.A	TEMP	FC	FR	SpO2	ASS/ CARIMBO
16h						
20h 20h	110x60	36°	92	18	99%	<i>Adir</i>
06h	110x80	36,2°	89	17	/	<i>Adir</i>
10h	120x80	34.3°	82	20	/	<i>Kaika</i>

HORA	DIURESES	RESÍDUO GÁSTRICO	DRENOS	ASS/ CARIMBO
18h				
24h				
06h				
12h				



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES ESPECIALIZADAS
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

e.e.

NOME: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

DATA: 17/09/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEITO: 207-77

HORÁRIOS

PRONTUÁRIO: 85795

OBSERVAÇÃO DA INTERNAÇÃO

1. DIETA ORAL GERAL
2. DIPIRONA GOTAS 40GOTAS VO DE 6/6H SE DOR OU FEBRE
3. BRONCOPRIDA GOTAS 40GOTAS VO ATÉ DE 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS
4. PACO 30MG 01CP VO ATÉ DE 8/8H, SE DOR INTENSA
5. OMEPRAZOL 20MG 01CP VO EM JEIUM
6. ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ASSISTIDA
7. CAPTOPRIL 25MG, 01CP, VO, SE PA SIST $\geq$ 180MMHG E/OU PA DIAST $\geq$ 120MMHG 30/30MIN (MAX 04 DOSES)
8. GLICEMIA CAPILAR SE SINTOMAS
9. GLICOSE 50%, DAFA, EV, SE DX $<$ 70MG/DL
10. INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA MOVEL PADRÃO: 181 - 220 2UI 221- 260 4UI 261-300 6UI 301-340 8UI 341 - 380 10UI 381 - 420 12UI $>$ 421 14UI
* FAZER METADE DA DOSE À NOITE * NÃO FAZER SE DIETA ZERO
11. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS
12. 85795 17/09/2019 me EV 14 de setembro

CARIMBO E ASSINATURA DO ASSISTENTE:

Dra. *[Assinatura]*
19895
CREM
otario

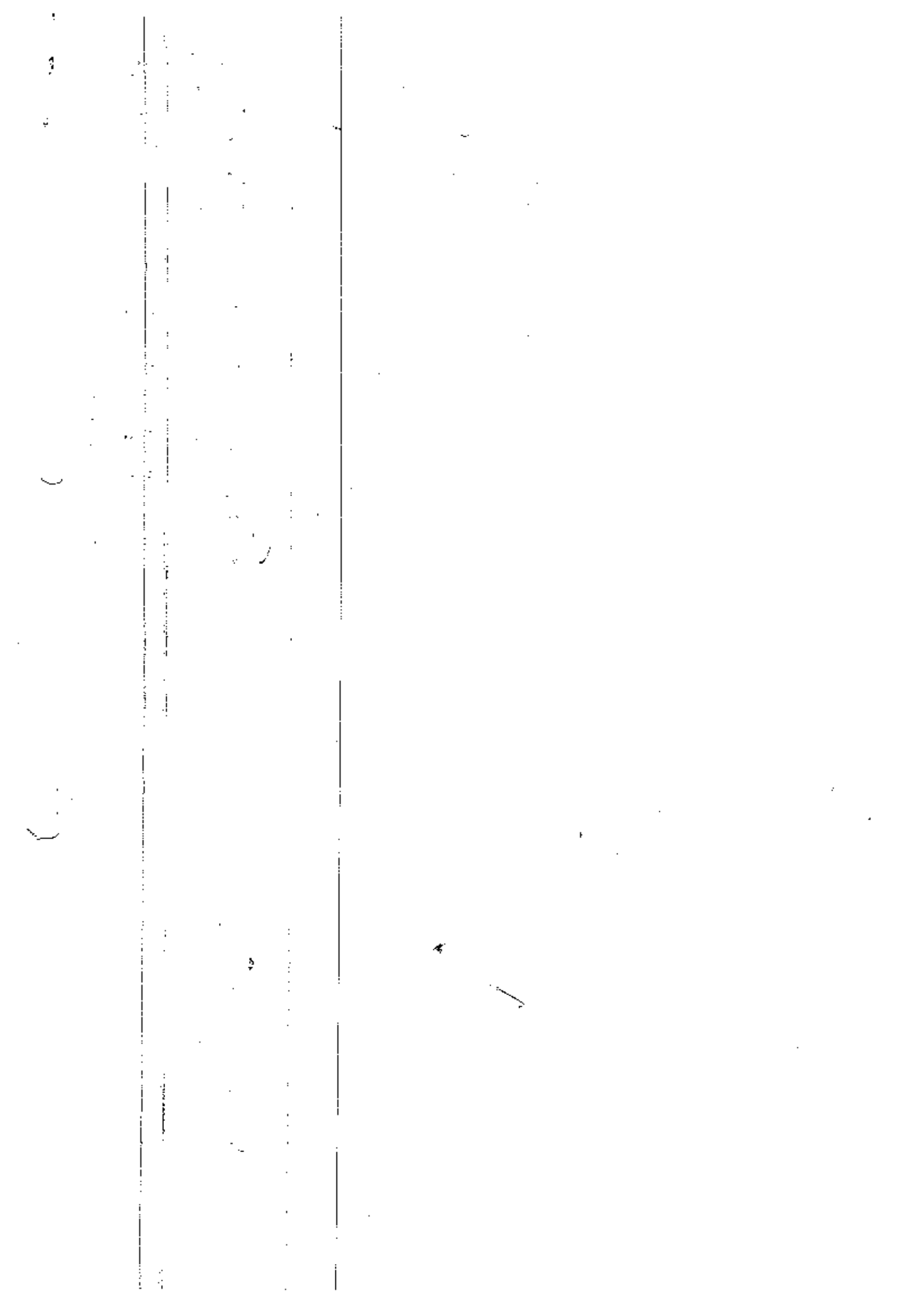
10

10

10

10

10





Prefeitura Municipal De Fortaleza
Secretaria Municipal De Saúde
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

PACIENTE: Maíra Valva
DATA: 15/04/19 ENE.: _____ LEITO: 77

HORA	P.A	TEMP	FC	FR	SpO2	ASS/ CARIMBO
16h	100X65	36°	100	20	-	<i>[Signature]</i>
22h	100X70	36°	97	18	/	<i>[Signature]</i>
06h	100X80	36,4°	99	18	/	<i>[Signature]</i>
10h	110X80	36,2	98	17	-	<i>[Signature]</i>

HORA	DIURESES	RESÍDUO GÁSTRICO	DRENOS	ASS/ CARIMBO
18h				
24h				
06h				
12h				

Respeite os direitos humanos e sexuais das mulheres: saúde sim, violência não.
Av. Lineu Machado, Nº 145, Jôquei Clube. CEP: 60.520-100. Fortaleza-CE.

1

1

3



EVOLUÇÃO

Nome: Daiana Paiva de Oliveira

Nº Prontuário: _____

Unidade: Posto 3

Leito: 77

Data/Hora	Evolução
16/09	<u>Fisioterapia</u> Paciente D.P.O. 21 a. IH. FRE. Evolui acordada, consciente, orientada, contactante, refere dor no local da fratura. Conduta: Exercícios Respiratórios + Orientações. AP: SP4 S/ PA. Acadêmica: Enemilda N. Belma Shanny Melo da Silva Fisioterapeuta CREITO-B 118.195-7
16.09.19	<u>Fisioterapia</u> Paciente D.P.O., 21 anos, em IH por fratura de nádia E. Evolui acordada, orientada, cooperativa, verbalizando e em a.a. Cd: Realizar fisioterapia motora e respiratória. Karlina Gomes Martins Fisioterapeuta CREITO-B 182.788
17/09/19 11:35	pt. pt. monitorio fx Rádio E. Orientado, consciente, verbalizando. Em exames no momento - conforme photo e em e exames por 2% SSUV estáveis. Aguarda encaminhamento p/ CC. Enf. Bruna COEN32674
17/09/19 21:00	pt. retorno de SRPA em PPT de fx Rádio E. Orientado - consciente, verbalizando. Sem exames no momento. Apresenta chumbos espontâneos na SRPA. SSUV estáveis. Segue sob cuidados de equipe Enf. Bruna COEN32674
18/09/19	Paciente D.P.O., 21 anos, 12 PO de fx de rádio E. Evolui consciente, orientada verbalizando, desambulando, atendendo a dieta por VO. Removida cartilha de FO limpa sem sinais flogísticos. AP em MD (18/09/19). Eliminação fisiológica. Aguarda alta hospitalar. Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem.
18/09/19	Paciente saiu de alta às 18:18h. Motivos 466235

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO	
Data/Hora	Evolução
18/09/19	(u) Templa Corporalmente Paciente D.P.O. e Laura, 1º P.O. Ex. Toda a Evolução do dia, consciente, orientada, cooperativa. Realizada a seguinte reputação: concórdia em seu delírio de bruxaria (ocultismo)
	<i>[Assinatura]</i> <i>[Assinatura]</i>

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

[illegible]



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

EVOLUÇÃO

NOME: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**

PRONT. Nº:

UNIDADE:

LEITO: ENF.

DATA/HORA

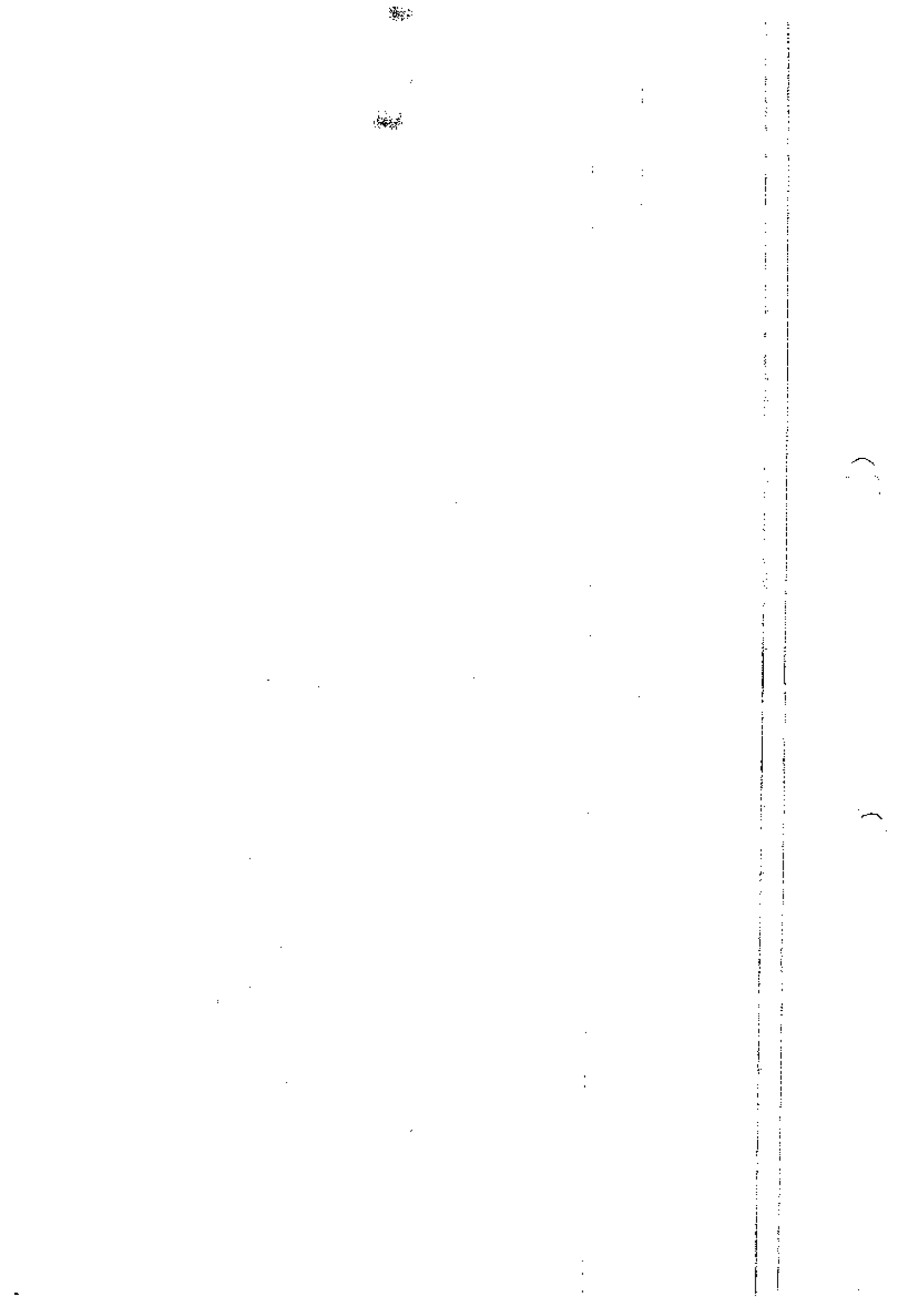
Evolução

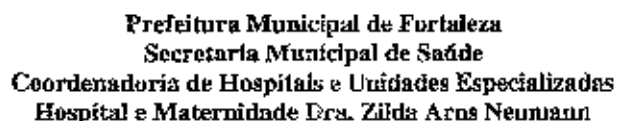
17/09/2019

PACIENTE OPERADA

SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO
SEM INTERCORRÊNCIAS

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.
Ortopedia e Traumatologia RQE 5732
Cirurgia de Trauma e Quadril
CRM 11596 SBOT 13025 SBQ 0688





Nome: Daniela Paiva de Oliveira Nº Prontuário: _____
Unidade: _____ Leito: 77

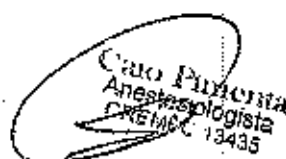
Data/Hora	Evolução
16/09/19	Psicologia Paciente consciente, orientada, contactuante. Falou sobre questões familiares. Anotação para alta. Tatiana Fara... Sousa Tatiana P. Sousa Psicóloga CRP 11/12304
18/09/19	Psicologia Paciente consciente, orientada, contactuante. Humor estável. Está tranquila quanto ao pós-operatório e a possibilidade de permanência por mais um dia. Tatiana Fara... Sousa Tatiana P. Sousa Psicóloga CRP 11/12304

[illegible]

Avaliação no POI

Hora	17:20	17:35	17:50	18:05	18:20	19:00	20:00		
PA	150/70	128/72	125x77	127x74	119/71	107/58	118/68		
FR	18	18	14	17	18	19	18		
T°C	36°C	36.7	36°C	36°C	36	36	36		
FC	98	93	95	101	91	96	92		
Sat O ₂	99%	100%	96%	98%	96%	97%	99%		
Diurese	-	-	-	-	-	-	presente		
Glicemia Capilar	99	-	-	-	-	-	-		
Escala A/K	09	9	9	10	10	10	10		
Escala Dor	0	0	0	0	0	0	0		
Assinatura	WPE	Ent. tie. Nojake	Claudia	Claudia	Yago	WPE	WPE		

Intercorrências no POI:


 Caio Pimenta
 Anestesiologista
 CRM 13435

Alta da SRPA às 19:15

Anestesiologista/CRM

Transferido para Enfermaria/Leito _____ às _____

Enfermeiro(a)/Carimbo COREN-CE

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Procedimento realizado: Proctotomia Anestesia: Bloqueio de plexo
Admissão: distal

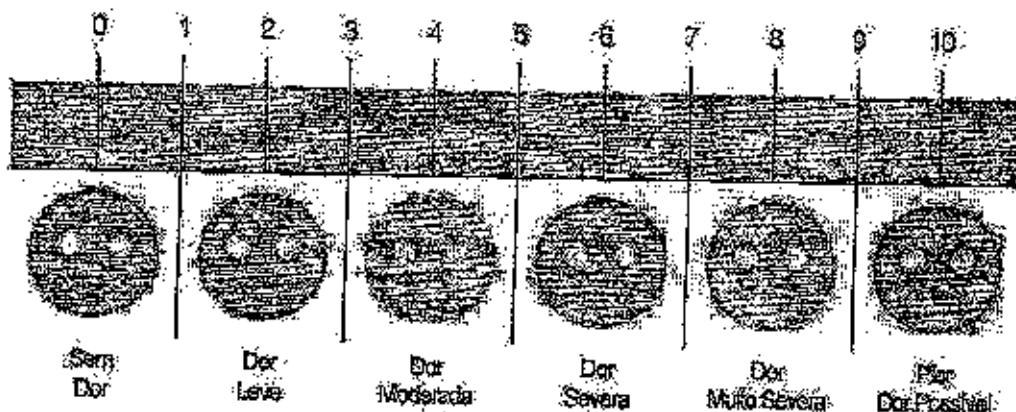
paciente admitido nesta unidade na
SR. Boleo, paucisintomático
dispendioso para a cirurgia. F. e. enfraquecida
nutricionalmente. mais testes estom. e
renal. não obstruído.

Lesão Cutânea/ Queimadura: () Sim (☒) Não
Dreno: Pen-rose () Portovac () Tubular () Outros: _____
Dispositivos invasivos: () PVC () PAM () SVD () SNG () SNE
(☒) Ventilação Espontânea () Cateter Nasal _____ 2L/min () Venturi _____ %
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central () Ostomias () Cateter HD
Intercorrências no POI: () Sangramento () Convulsão () Edema Agudo de Pulmão
() Dor _____ () Alteração Glicêmica () NDN

ÍNDICE DE ALDRIDGE-KROVILIK

Atividade muscular	Movimento de todos os membros	2
	Movimento de um membro	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Circulação	PA em 2/3 do nível pré-anestésico	2
	PA em 1/3 do nível pré-anestésico	1
	PA em 1/2 do nível pré-anestésico	0
	PA em 1/3 do nível pré-anestésico	0
Saturação de O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

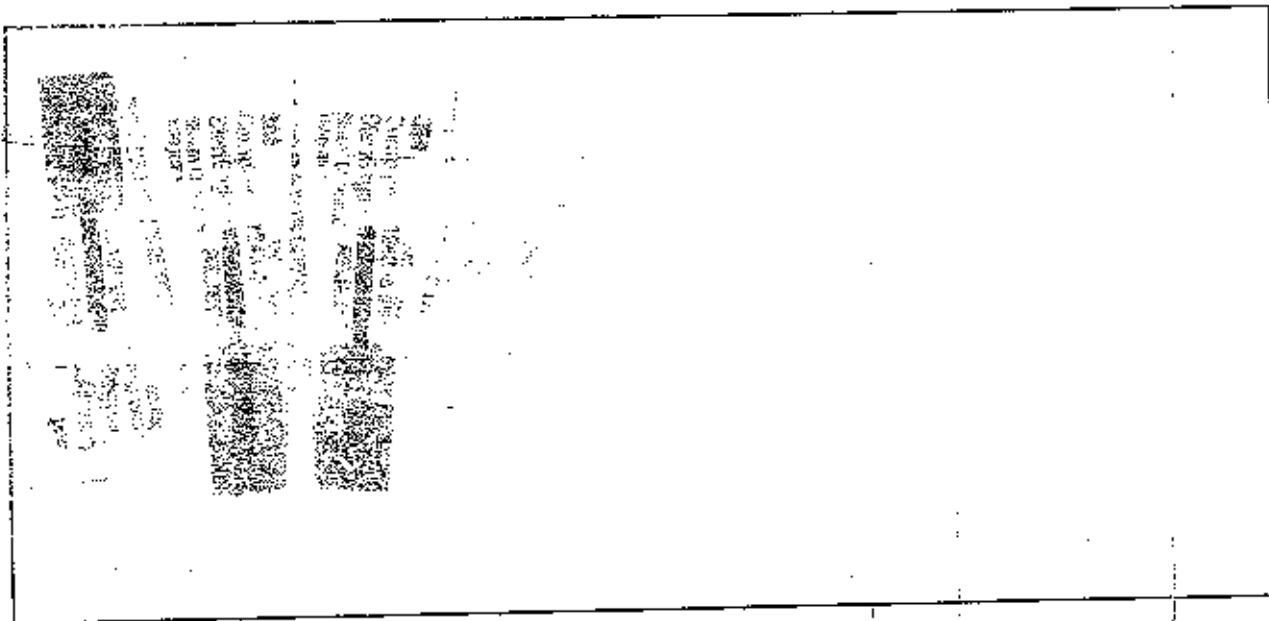
Tabela 4 - Índice de Aldridge-Krovilik. Fonte: SOBECC, 2017.



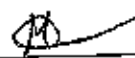
Revisão de Enfermagem:

Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico estão dentro da validade: ☒ Sim ☐ Não

Controle de Qualidade do CME



Data: 17 de Setembro de 2019


Técnico de Enfermagem

Enfermeiro (a)

Antes da Incisão Cirúrgica

Membros da equipe confirmam verbalmente: Nome do paciente ☒ Sim ☐ Não	Todos os profissionais da equipe confirmam nomes e profissões:
Nome do procedimento realizado ☒ Sim ☐ Não	Cirurgião: ☒ Sim ☐ Não
Local da cirurgia ☒ Sim ☐ Não	Anestesista: ☒ Sim ☐ Não
	Enfermeiro: ☒ Sim ☐ Não
	Circulante: ☒ Sim ☐ Não
	Instrumentador: ☒ Sim ☐ Não
	Residente: ☒ Sim ☐ Não
	Neonatalogista: ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica

Posição do Paciente

ORSAL ☒	VENTRAL ☐	LITOTÔMICA ☐	LATERAL D ☐
LATERAL E ☐	FOWLER ☐	TRENDELEMBURG ☐	TRENDELEMBURG REVERSO ☐

	Compressas Cirúrgicas	Instrumental	Fios Cirúrgicos
Início	15	35	02
Trans	0	0	02
Final	15	35	02

HORARIO DA FAIXA 16:30

	Procedimento Realizado	Início	Término
Anestesia	Bloquio de Flixo + Sudaen	16:30	17:20
Cirurgia	1to Luxação de Ficat de Punho + reparo ligamentar	16:40	17:20

Antes da Saída da Sala Operatória

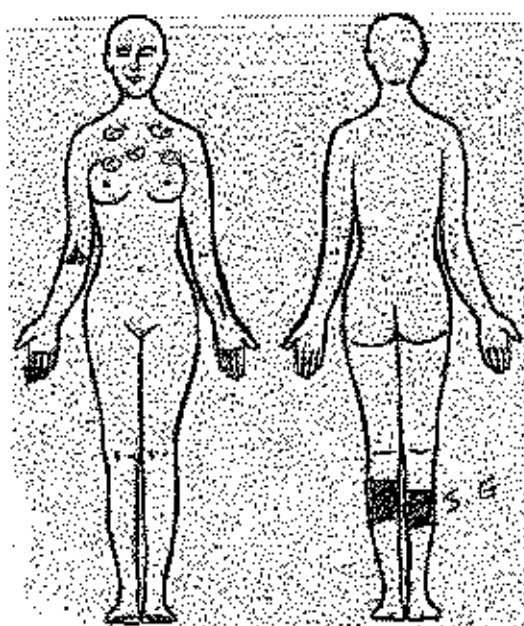
Registro do procedimento pela equipe cirúrgica: ☒ Sim ☐ Não	Solicitação de vaga de UTI: ☐ Sim ☒ Não
Cultura: ☐ Sim ☒ Não Material: _____	Congelação: ☐ Sim ☒ Não Material: _____
Peças cirúrgicas anat.patológico: ☐ Sim ☒ Não Peça: _____	Responsável pela identificação das peças: ASS: _____
Gasometria: ☐ Sim ☒ Não	

Exames do paciente estão disponíveis: ☒ Sim ☐ Não	O Antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos: ☒ Sim ☐ Não Qual <u>Cefalotina 2g</u>
--	--

Cuidados Intraoperatórios

Realizada tricotomia no CC: () Sim ☒ Não Área _____ às ____:____ h	Colocação da placa de bisturi – Local <u>MIE</u> Realizado por: <u>Marceline</u>
Preparo da Pele: Degermação: ☒ Clorexidina () PVPI Realizado por: <u>Marceline</u> Antissepsia: ☒ Clorexidina <u>Alcolic</u> () PVPI Realizado por: <u>Dr. Frederico</u>	Cateterismo Vesical de Demora () Sim ☒ Não Realizado por: _____
Cateter Venoso Central: () Sim ☒ Não Realizado por: _____	☒ ATB profilático 1ª Dose <u>6:30</u> 2ª Dose _____
Realizou Hemocomponente () Sim ☒ Não CII: _____ Plaqueta: _____ Plasma: _____ Crio: _____	Glicemia Capilar: () Sim ☒ Não Valor: _____

Bonco do Transoperatório



Símbolo	Descrição
■	Placa de Bisturi
◆	Tubo Orotraqueal
⊙	Eletrodos
◀	Oxímetro
▲	Punção venosa
—	Incisão cirúrgica
■	Drenos
●	Sondas



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA (SAEP) E CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA**

Transoperatório

Paciente: Diana Paiva de Oliveira

Prontuário: 85795 Entrada no Centro Cirúrgico às 11 h 40 min

do Clínico Geral:

Pte zona admitida neste unidade
no CC para realizar procedimento
cirúrgico (fúndus de estômago). Condição
estável. expõe o os consent. comparece
a Jovem. Para cirurgia e anestesiar e
consentimento. sup na agenda.

Data: 17/09/19

Enfermeiro(a) COREN-CE

Antes da Indução Anestésica

Paciente confirmou: ☒ Sim ☐ Não	Identificação do paciente: ☒ Sim ☐ Não
Local da cirurgia a ser feita: ☒ Sim ☐ Não	Procedimento a ser realizado: ☒ Sim ☐ Não
Jejum: ☒ Sim ☐ Não	Termo de Consentimento informado e assinado: ☒ Sim ☐ Não
Demarcação do sítio cirúrgico: ☒ Sim ☐ Não	Checagem do equipamento anestésico: ☒ Sim ☐ Não
Oxímetro instalado e funcionando: ☒ Sim ☐ Não	O paciente tem alguma alergia: ☐ Sim ☒ Não Qual: _____
Há Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração? ☐ Sim ☒ Não	Tem material e equipamento disponível: ☒ Sim ☐ Não
Há Risco de perda sanguínea > 500 ML: ☐ Sim ☒ Não	Tipagem de sangue: ☐ Sim ☒ Não



Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

50 - Nome do Profissional Autorizador	51 - Cód. Órgão Emissor	52 - Data da Autorização
53 - Documento: () CNES () CPF	54 - Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	55 - Assinatura Carimbo (Nº RP)

ARP	N. F	Fornecedor	Descrição do Material	Código	Status	Qtde	Valor
		fracionada	Placa em T3,5mm (inclui perfurador)	020203 2996	C	01	

STATUS: (C) Compatível (I) Incompatível (E) Excedente (N) Não-SUS

☒ Atesto para os devidos fins que os materiais RADIOPACOS acima especificados no campo OPME's UTILIZADOS foram utilizados na cirurgia do dia ____/____/____, conforme descrição cirúrgica, gasto de sala, gasto anestésico e exames de imagem arquivados no respectivo prontuário.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Auditor

☐ Atesto para os devidos fins que os materiais RADIOTRSPARENTES acima especificados no campo OPME's UTILIZADOS foram utilizados na cirurgia do dia ____/____/____, conforme descrição cirúrgica, gasto de sala arquivados no respectivo prontuário.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Auditor

☐ Os materiais RADIOPACOS acima especificados no campo OPME's UTILIZADOS referente a cirurgia do dia ____/____/____, tem sua descrição de uso no Relatório Cirúrgico arquivado no respectivo prontuário.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Auditor

☐ Não atesto o uso dos materiais RADIOPACOS acima especificados no campo OPME's UTILIZADOS referente a cirurgia realizada em ____/____/____, por falta de citação explícita na descrição cirúrgica e de exames de imagens comprobatórios arquivados no respectivo prontuário.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Auditor



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE ÓRTESE, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante: Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann	2 - CNES 704742-8
3 - Nome do Estabelecimento Executante: Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann	4 - CNES 704742-8

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA		6 - Nº Prontuário 85795		
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): 7101816101151816115411818	8 - Data de Nascimento: 22/10/97	9 - Sexo: ☐ Masc ☒ Fem	10 - Raça/Cor	11 - Etnia
12 - Nome da Mãe Francisca de Jesus de Paiva		13 - Telefone de Contato:		
14 - Nome do Responsável		15 - Telefone de Contato:		
16 - Endereço do Paciente (Rua, Nº, Bairro): R. Domingos Medeiros, 575				
17 - Município de Residência: Fortaleza	18 - Cód. IBGE Município:	19 - UF: CE	20 - CEP:	
21 - Nº do RAE:	22 - Nº da Solicitação	23 - Nº da AIH:		

SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

24 - Descrição do Material PLACA PARA RADIO DISTAL	25 - Código do Material	26 - Qtde 01
27 - Descrição do Material PARAFUSO CORTICAIS	28 - Código do Material	29 - Qtde 03
30 - Descrição do Material	31 - Código do Material	32 - Qtde
33 - Descrição do Material	34 - Código do Material	35 - Qtde
36 - Descrição do Material	37 - Código do Material	38 - Qtde
39 - Descrição do Material	40 - Código do Material	41 - Qtde
42 - Procedimento TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO	43 - Código do Procedimento	44 - CID10 S829

JUSTIFICATIVA DE USO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FRATURA DO RADIO DISTAL + REPARO LIGAMENTAR

45 - Nome do Profissional Solicitante: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA		46 - Data da Solicitação: 16/05/2019
47 - Documento: ☐ CNS - ☒ CPF	48 - Nº Documento do Solicitante 98173200300	49 - Assinatura e Carimbo (Nº RP) Dr. Thiago A. Cavalcanti de O. Ortopedia e Traumatologia RQE 5732 Cirurgia de Trauma e Quadril CRM 11506 SBO 13025 SBO 0688

PROCESSAMENTO

COD	DESCRIÇÃO	APRES	QTDE	COD	DESCRIÇÃO	APRES	QTDE
064	Abocatt nº 14	Unid.			Sonda de Aspiração Traqueal nº	Unid.	
065	Abocatt nº 16	Unid.			Sonda de Foley 2 vias nº	Unid.	
066	Abocatt nº 18	Unid.			Sonda Nasogástrica nº	Unid.	
067	Abocatt nº 20	Unid.			Sonda Uretral nº	Unid.	
068	Abocatt nº 22	Unid.		106	Torneira 2 vias	Unid.	
069	Absorvente	Unid.			Tubo Endotraqueal nº	Unid.	
070	Aguilha descartável 13x4,5	Unid.		107	Tubo Extensor	Unid.	
071	Aguilha descartável 25x7	Unid.		108	Tubo Látex	Unid.	02
072	Aguilha descartável 25x8	Unid.		<i>Ataduras</i>			04
073	Aguilha descartável 40x12	Unid.					
074	Aguilha para aq. <i>Plax 50</i>	Unid.	01	158	Alcool 70%	ml.	60
075	Cateter nasal para oxigênio	Unid.	01	159	Formol 10%	ml.	
076	Coletor de urina sist. Fechado	Unid.		160	Clorexidina <i>Alcoolico</i>	ml.	50
077	Compressas	Unid.	15	161	Anti-séptico Deegermante <i>Choux</i>	ml.	100
078	Dreno de Sucção	Unid.		162	Anti-séptico Tópico	ml.	
079	Dreno de tórax	Unid.		163	Sabão líquido	ml.	
080	Dreno Penrose	Unid.		164	Água Bidestilada Esterilizada	ml.	
081	Eletrodos	Unid.	05	165	Éter sulfúrico	ml.	
082	Equipo para sangue e plasma	Unid.					
083	Equipo para soro	Unid.	01				
084	Esparadrapo comum	Ca	100		Algodão	Unid.	
085	Gase Alcochoada	Unid.			Algodão 2-0	Unid.	
086	Gase Hidrófila	Pct.	06		Algodão 3-0	Unid.	
087	Gorro descartável	Unid.	06		Cat Gut Cromado	Unid.	
088	Intra - Cat nº14	Unid.			Cat Gut Cromado	Unid.	
089	Lâmina para bisturi nº15	Unid.			Cat Gut Simples	Unid.	
090	Lâmina para bisturi nº24	Unid.	01		Mononylon	Unid.	
091	Luva Cirúrgica nº7,0	Unid.	04		Mononylon 3-0	Unid.	01
092	Luva Cirúrgica nº7,5	Unid.	05		Vicryl 2-0	Unid.	01
093	Luva Cirúrgica nº8,0	Unid.	03		Vicryl	Unid.	
094	Luvas procedimento	Unid.	20		Prolene	Unid.	
095	Máscara Descartável	Unid.	05		Prolene	Unid.	
096	Micropore	cm					
097	Pasta gel	gl	60				
098	Propés	Unid.	08				
099	Pulseira Identificação RN	Unid. Azul					
		Unid. Rosa					
100	Scalp nº	Unid.					
101	Seringa Descartável 20ml	Unid.	02				
102	Seringa Descartável 10ml	Unid.	04				
103	Seringa Descartável 5ml	Unid.	02				
104	Seringa Descartável 3ml	Unid.					
105	Seringa Descartável 1ml	Unid.					

REGISTRO DE GASTOS - CENTRO CIRÚRGICO

Data: 17/09/19

Nome da Usuária:	Daiana Paiva de Oliveira		Idade:	21 a
Enfermaria:	Leito	Prontuário	85795	
Cirurgião:	Dr. Thiago Aguiar	Auxiliar	Dr. Eduardo Thales + Mox(R)	
Tipo de Cirurgia:	Limba	Início:	6:00	Término: 17:20
Tipo de Anestesia:	Bloqueio de Plexo + Sedação	Anestesiador(a)	Dr. Edson	
Enfermeira:	Alzira	Instrutor	Ronaldo	
Proc.:	Exat. Cirúrgico de Exat. de Pênis	Cirurgião	Manelino	

MEDICAMENTOS							
COD	DESCRIÇÃO	APRES	QYDE	COD	DESCRIÇÃO	APRES	QYDE
001	Adrenalina	Amp.		035	Hidromorona	Fr.	
002	Aminofilina	Amp.		036	Kefaz (Cefazolina Sódica)	Fr.	02
003	Atropina 0,25 mg	Amp.		037	Ketalar	Amp.	01
004	Bicarbonato de sódio 8,4%	Amp.		038	Lidocaina com Adrenalina 2%	ml.	
005	Cedilanide	Fr.		039	Lidocaina sem Adrenalina 2%	ml.	
006	Citrato de sulfetanila	Fr.		040	Liquemine	Amp.	
007	Cloreto de Potássio 10%	Fr.		041	Marcalina com Adrenalina	Fr.	01
008	Cloreto de Sódio 20%	Fr.		042	Marcalina sem Adrenalina	ml.	
009	Cloreto de Suxametônio	Amp.		043	Narcan	Amp.	
010	Cortizol 100 mg	Amp.		044	Neocaina	Amp.	
011	Cortizol 500 mg	Amp.		045	Neomicina pomada	Bian.	
012	Dexametasona	Amp.	01	046	Ocitolina	Amp.	
013	Diazepam 10 mg	Amp.		047	Pancuronio - Romitidina	Amp.	
014	Dimorf (Sulfato de Morfina)	Amp.		048	Plasil - Promoprida	Amp.	01
015	Dipirona	Amp.	02	049	Propofol	Amp.	01
016	Dobutamina	Amp.		050	Prostigmine	Amp.	
017	Dolantina (Cior. De Petidina)	Amp.		051	Quelcin	Fr. /Amp.	
018	Dopamina	Amp.		052	Thiopental	Fr. /Amp.	
019	Domonid (Midazolam)	Amp.	01	053	Varicocina CP	Fr. /Amp.	
020	Efortil	Amp.		054	Vitamina K	Amp.	
021	Ergotrate	Amp.		055	Voltaren	Amp.	
022	Etrane (Enflurano)	ml.		189	Nibium - Ropu	Amp.	01
023	Fernegan	Amp.		190	Profshid	Fr. /Amp.	01
024	Fentanil (Citrato de Fentanil)	Fr.	01				
025	Flumazenil	Amp.		056	Hernacel	Fr.	
026	Forane (Isoflurano)	Fr.		057	Fisiológico 0,9%	Fr. 250	02
027	Furosemida 20 mg (Lasix)	Amp.		058	---	Fr. 500	02
028	Gentamicina 80 mg	Amp.		059	Ringer com Lactato	Fr.	
029	Glicose 25%	Amp.			Glicosado a 5%	Fr.	
030	Glicose 50%	Amp.		051	Sol. Monitol	Fr.	
031	Gluconato de Cálcio 10%	Amp.			Glicosado a 5%	Fr.	
032	Hafonato	ml.			Sol. Glicerina 12% 500	Fr.	
033	Heparina	ml.			Glico-Fisiológico 1:1	Fr.	
034	Hidralazina	Amp.		063	Sol. Eletrolítica	Fr.	



Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

RELATÓRIO DE AUDITORIA

Nº prontuário: 85795

Data: 8/10/19

Procedimento: 0408020407

André Cavalcanti

Tat. Endosc. Róvula (E)

Data da cirurgia: 17/09/19 Admissão: 15/09/19 Alta: 18/09/19

☐ AIH
Pendências: ✓
Médico: ✓

☐ Resumo de Alta
Médico: ✓

☐ Descrição Cirúrgica
Pendências: ✓
Médico: ✓

☒ Laudo de OPME
Pendências: DATA DIVERGENTE
Médico: ✓

☐ Gasto Anestésico
Pendências: ✓
Médico: ✓

☐ Gasto de Sala
Pendências: ✓
Enf: ✓

☐ Parecer
Pendências: ✓
Médico: ✓

☐ Evolução e Prescrições
Pendências: ✓
Médico: ✓

☐ Justificativa de Acompanhante
Pendências: ✓

☐ Outros: ✓

Dione M. Espindola L. de Castro
Auditoria - RTE 035079
COREN - CE 50508 - FNE
08/10/19

PRONTUÁRIO 85795 RG 20085533011

NOME PACIENTE DAIARA PAIVA

PROCEDIMENTO REALIZADO 043-5010012

PROCEDIMENTO REALIZADO 043-030032
ESPECIALIDADE 1 DATA DE INTERNAÇÃO 15/09/19 DATA SAÍDA 18/09/19

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL 9525 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO 1289

NASCIDOS-> VIVOS _____ MORTOS _____ SAÍDAS-> ALTAS _____ TRANSF. _____ ÓBITO _____

MOTIVO DA ALTA ↓

MOTIVO DA ALTA			
CPF DO PROF	CBO	ATO PROFISSIONAL	QUANTIDADE
THIAGO AGUIAR	225270	0408020407	
GOSON BULAMARQUE	225151	ANEST.	
TREUMARONE		0702030996	01
THIAGO AGUIAR	225270	0408020130	
GOSON BULAMARQUE	225151	ANEST.	
		0802010016	03
N ^a HELANA LIMA	223605	0302050019	03
		0302040021	03

EXAME		CÓDIGO	QUANT	EXAMES		CÓDIGO	QUANT
A. URICO	0202010120			MAGNÉSIO	0202010562		
ANTIBIOGRAMA	0202080013			POTÁSSIO	0202010600	01	
ANTICORPOS (HIV)	0202030296			PROTEÍNA C REAT. PCR	0202030202	01	
BILIRRUBINA	0202010201			PROTEÍNAS TOTAIS	0202010619		
CÁLCIO	0202010210			PROTEÍNAS TO/FRAÇÕES	0202010627		
CLORO	0202090140			SÓDIO	0202010635	01	
CLORETO	0202010260			SUMÁRIO DE URINA	0202050017		
COAGULOGRAMA	0202020495			T. PROTOMBINA (TAP)	0202020142	01	
COLESTEROL TOTAL	0202010295			TESTE DE CLEMENTE	0202090337		
CONT. DE PLAQUETAS	0202020029			TESTE GRAVIDEZ-BETA HCG	0202050254		
CONT. DE RETICULOCITOS	0202020037			TGO	0202010643		
CONT. ESPEC. CELLIQ	0202090051			TGP	0202010651		
CREATININA	0202010317	01		URÉIA	0202010694	01	
CULTURA	0202080080			RAIO X - TORAX/PA	0204030170		
CURVA GLICÊMICA	0202010074			TRIGLICÉRIDES	0202010678		
DESIDROG. LÁTICA	0202010368			TROMBOPLASTINA (TTP)	0202020134	01	
ELETROCARDIOGRAMA	0211020036	01		ULTRA-SOM ABDOMINAL	0205020046		
ERITOGRAMA	0202020363			ULTRA-SOM ARTICULAC.	0205020062		
FÉRRICO SÉRICO	0202010392			ULTRA-SOM OBST.	0205020143		
FOSFATASE ÁCIDA	0202010414			ULTRA-SOM PÉLVICA	0205020160		
FOSFATASE ALCALINA	0202010422			ULTRA-SOM TRANSFONTEINELAR	0205020178		
FERRITINA	0202010384			USG - VIAS URINÁRIAS	0205020054		
FÓSFORO	0202010430			USG-TRANSVAGINAL	0205020186		
GASOMETRIA COMPLETA	0202010732			VDRL GESTANTE	0202031179		
GLICOSE	0202010473	01		VDRL PARA SÍFILIS	0202031110		
GRUPO ABO	0202120023			TOCOCARDIOGRAFIA	0211040061		
FATOR RH	0202120082			TESTE RÁPIDO HIV	0214010058		
HEMOCULTURA	0202080153			TESTE RÁPIDO SÍFILIS	0214010074		
IGG (ANITOXOPLASMA)	0202030768			HEMOG. COMPLETO	0202020380	01	
IGM (ANITOXOPLASMA)	0202030873			VHS	0202020150	01	
GLICEMIA CAPILAR	0214010015			ECO DOPPLER	0205010040		
ENDOSCOPIA	0209010037			ECO	0205010032		
COLONOSCOPIA	0209010029			NBZ	0301100101		

NBZ
RX-ANTEB. 0004040019-01

1	64915	REGINA LUCIA NOGUEIRA DA SILVA(DESMAME 08/10 A 07/12) V 19/12	4
2	69503	JOSEFA RODRIGUES DA CRUZ(DESMAME 09/11 A 08/12) X 15/12	4
3	75433	ZULMIRA VIDAL DE SOUSA(ALTA) A 19/12	4
4	74485	GERALDA ALVES MARTINS(DESMAME 11/11 A 10/12) FRATURA V 29/12	4

CLINICO

POSTO

Assinatura de recebimento em 18/12/2018 OK

OK



DECLARAÇÃO

192

SAMU 192 - 0800 12003

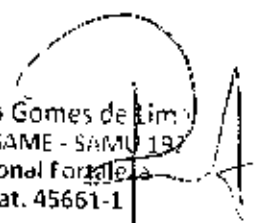
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Daiara Paiva de Oliveira** - C.P.F. - **614.937.743-10**, no dia **14/09/2019**, às **08h20min**, na **Avenida General Osório de Paiva**, no **Bairro Parangaba**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pelo Sr. **José Edivando do Rosário Maciel** por meio do Processo nº **P871732/2019**.

Fortaleza, 25 de Setembro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat - 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



REPUBLICA FEDERAL DO PARANÁ
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

EMERGENCY SERVICES

DESPAN - DE
AL OLA - DE
DEBILITADO DE PROPOSTO FALCENCA MANTO DE - DE

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

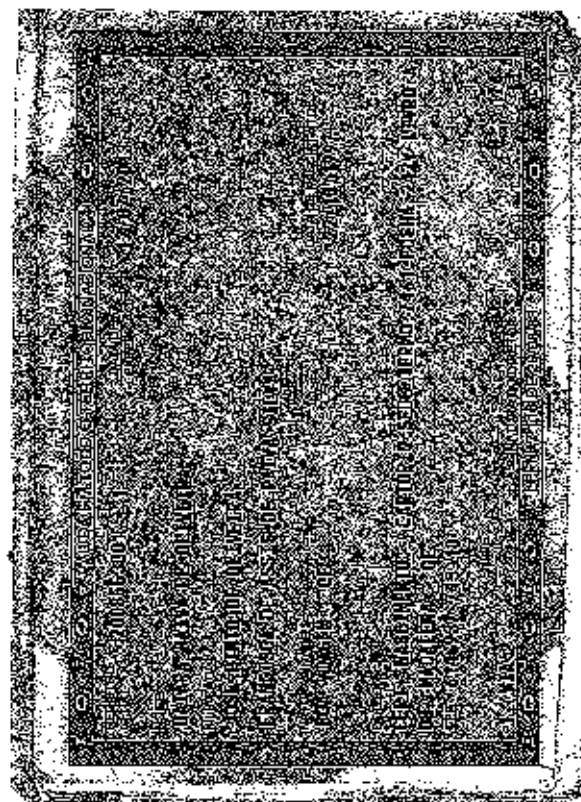
五十四 卷之四 雜記
五十五 卷之五 雜記
五十六 卷之六 雜記
五十七 卷之七 雜記
五十八 卷之八 雜記
五十九 卷之九 雜記
六十 卷之十 雜記
六十一 卷之十一 雜記
六十二 卷之十二 雜記
六十三 卷之十三 雜記
六十四 卷之十四 雜記
六十五 卷之十五 雜記
六十六 卷之十六 雜記
六十七 卷之十七 雜記
六十八 卷之十八 雜記
六十九 卷之十九 雜記
七十 卷之二十 雜記
七十一 卷之二十一 雜記
七十二 卷之二十二 雜記
七十三 卷之二十三 雜記
七十四 卷之二十四 雜記
七十五 卷之二十五 雜記
七十六 卷之二十六 雜記
七十七 卷之二十七 雜記
七十八 卷之二十八 雜記
七十九 卷之二十九 雜記
八十 卷之三十 雜記
八十一 卷之三十一 雜記
八十二 卷之三十二 雜記
八十三 卷之三十三 雜記
八十四 卷之三十四 雜記
八十五 卷之三十五 雜記
八十六 卷之三十六 雜記
八十七 卷之三十七 雜記
八十八 卷之三十八 雜記
八十九 卷之三十九 雜記
九十 卷之四十 雜記
九十一 卷之四十一 雜記
九十二 卷之四十二 雜記
九十三 卷之四十三 雜記
九十四 卷之四十四 雜記
九十五 卷之四十五 雜記
九十六 卷之四十六 雜記
九十七 卷之四十七 雜記
九十八 卷之四十八 雜記
九十九 卷之四十九 雜記
一百 卷之五十 雜記

[illegible]

DATE	POST / QTR	OVERDUE	CONTRACT DOLLARS
06/01/90	14950	PAID 10	0.00

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

[illegible][illegible][illegible]



OUT/2018

Utilize o QR código sempre
que entrar em contato conosco

3012206

25/11/2018

96,24

DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MÊS
MULTA MORATORIA REF 07/2018
JUNTA DO MES REF. 08/2018
CONTABILIDADE FISCAL MUNICIPAL
FEE COFINS COMPLETAR-TARIFA BAIXA RENDA
COB. SA CU FATURA ANTERIOR
117 CAPITAL ECA ADAR DIA CRTE-0800 ECA
ADICIONAL BANCILIR VERBA LIA MES | R\$ 3,23

FAIXAS CONSUMO BAIXA RENDA

Faixa	Consumo	Valor	Valor
Faixa 0 a 30	30	0,10884	3,86
Faixa 31 a 100	70	0,34089	23,95
Faixa 101 a 220	8	0,51184	4,08

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Companhia e suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissões kg CO₂/kWh Consumidor kg CO₂/kWh Consciência Emissões kg CO₂/kWh



*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*
Cadastrado em via e enviado à empresa no documento de requisição transmissora

Condição desta fatura R\$ 4,83 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS 1,25% e COFINS 8,88%. [Art. 9 Res. 100/2008 - ANEEL e Lei n. 10.837/04 e 10.838/03]
Bandeira vermelha (potência 2 kw ou 12 kw) com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (sistema de hora). Informações: www.aneel.gov.br

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B, Série B 41 M 547304598

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ: 070472514/00-70; CGF: 06.105.944-3

DADOS DO CLIENTE

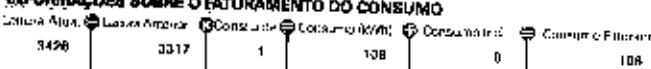
Rota 1B 01230 14 257400 - 0 Medidor 1B42457 Poste 0880 1301
Nome FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA
Endereço Postal RU 80001045 MFOF (RDS 00575 - CANITULZENDIN -
FORTALEZA CEP 60731-385

End da Unidade Consumidora RU 80001045 MFOF (RDS 00575 - FORTALEZA

RG: CPF - CNP CGF
Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO



28/10/18 28/09/18 30 Valor IRG

DATAS DE LEITURA

Data de Encargos Data de Encargos
Apresentação Leitura

31/10/2018 26/11/2018
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

313A.0644.30EF.C8ED.02AD.D796.B096.7ABD
ICMS

Bases de Cálculo: ICMS, Imposto, Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

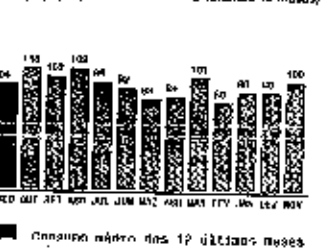
Energia	17,00
Transmissão	1,80
Distribuição	8,73
Encargos Setoriais	2,81
Tributação (ICMS e COFINS)	4,83
TOTAL	35,16

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Comunidade	SEM MANUTENÇÃO
Mês	AGO/2018 - FASE 13,15
DÍGITO	0,00 P
Pontos Individuais	Apuração Individual
Mês	Tem. Anual Mensal, Anual Mensal
DÍGITO	0,18 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
FC (m)	0,28 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
DMIC (m)	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: _____ 3 - CPF da vítima: **61493774310** 4 - Nome completo da vítima: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**

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

5 - Nome completo: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **61493774310**
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA RODRIGUES MEDEIROS** 9 - Número: **575** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **CANINDEZINHO** 12 - Cidade: **FORTALEZA** 13 - Estado: **E** 14 - CEP: **60731385**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **85-99917-9339**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4689** CONTA: **15852** 6

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **FORTALEZA, 20/12/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)