

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

945.276.103-25 Edinaldo Bezerra Juvenal

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Edinaldo Bezerra Juvenal

945.276.103-25

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Vigilante Rua Carlos Waltrerson

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

São Dim Guanabara Fortaleza

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

77527310@gmail.com

60410-000 (85) 99529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CNJ)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)?

☐ 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 - Imprensa Régua de Vítimas ou Beneficiários não atende

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Fortaleza - CE 03/02/20

2 Edinaldo Bezerra Juvenal

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 12147 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/12/2019 14:10:43**
Data / Hora da Ocorrência: **21/10/2019 13:32:00**
Endereço da Ocorrência: **AV WLISSES GUIMARÃES, PARQUE LEBLON - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **PARQUE LEBLON**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDIVALDO SOUSA JUVENAL**
Nascimento: **06/04/1982** CPF: _____
RG: **2000010213776** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **MARIA JOSE SOUZA JUVENAL**
EDIVAL JUVENAL ROCHA
Endereço: **RUA FRANCISCO GUILHERME**
Bairro: **BRASILIA**
Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: _____

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POP7620** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810JR005091** Renavam: **1136399272** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AZUL** Proprietário: **ALYNE KARLA BEZERRA GUEDES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrita, pilotava a motocicleta já mencionada acima, quando foi colidido por um veículo Taxi de placas não anotadas; Que o declarante caiu ao solo e na queda fraturou a tibia direita e outras lesões; Que o declarante foi levado ao hospital Municipal de Caucaia por uma ambulância do Samu e posteriormente transferido para o hospital Antônio Prudente onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

VISTO DO DELEGADO(A) : LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057351

Vítima: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIVALDO SOUSA JUVENAL

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 tornozelo 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: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000699-8

Conta: 0000019388-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200057351

Vítima: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Data do Acidente: 21/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIVALDO SOUSA JUVENAL

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00699-8

CONTA: 000000019388-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1402202005000000000023700699000000019388168750 PAGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014419459022
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 DDD: RENAVAL: 1136399272 R.N.T.R.C.: 0000000000 EXERCÍCIO: 2018

NOME: **ALYNE KARLA BEZERRA GUEDES**

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ: 81185596372 PLACA: POP7620/CE

PLACA ANT. / UF: /CE CHASSI: 9C2KD0810JR005091

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL: GASOL/ALCO

MARCA / MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB: 2017 ANO MOD: 2018

CAP / POT / CIL: 2P/OCV/162CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: AZUL

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	*****, **	**/**/**	1*
	FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*
	*****	*****, **	3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 180.65 IOF (R\$): 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$): 185.50 DATA DE PAGAMENTO: 07/01/2019

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: FORTALEZA DATA: 30/01/2019

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419459022 BILHETE DE SEGURO DPVAT

81185596372 POP7620/CE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014419459022 92201759083

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 30/01/2019

VIA: 01 CPF / CNPJ: 81185596372 PLACA: POP7620

RENAVAM: 1136399272 MARCA / MODELO: HONDA/NXR160 BROS ES

ANO FAB: 2017 CIL / TARE: PART Nº CHASSI: 9C2KD0810JR005091

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 81.29	DEMATRAN (R\$): 9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$): 90.33
------------------	----------------------	------------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15	IOF (R\$): 0.70	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$): 185.50
------------------------------	-----------------	--

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 07/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

MOTOR: KD08E1J005093 01555



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057351 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO SOUSA JUVENAL **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P3).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057351 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO SOUSA JUVENAL **Data do acidente:** 21/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P3).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

PROCURAÇÃO

Outorgante Edivaldo Sousa Juvenal
 Estado Civil Solteiro Profissão Vendedor
 Residente RUA CARLOS WALVAREM Bairro JD. GUANABARA
 Município FORTALEZA UF CE Nascido 06/10/1982 CPF 95.276.103-25
 RG 2000010213776 Emissor JSP/DJ Em 1/1

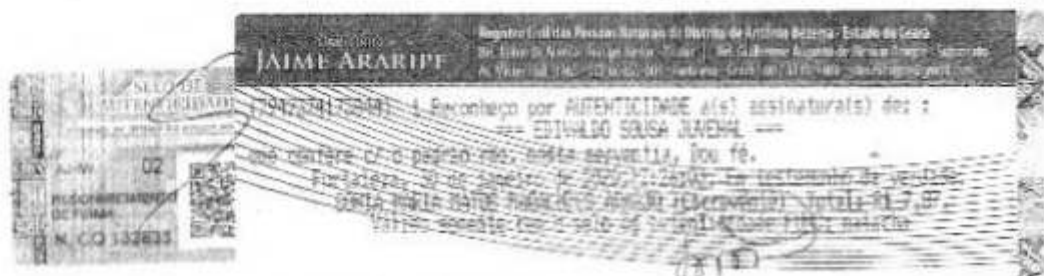
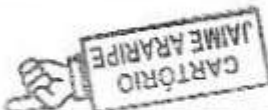
Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral, 676- Parque Santa Rosa, Município de fortalez UF: CE, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) Sr.(a) EDIVALDO SOUSA JUVENAL Ocorrido em 21/10/19

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, copias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e sguradora lider, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transitoe praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vítima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de uma advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP,VG,danos corporais,RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista,seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO SULAMERICA,HDI,ZURICH,SAN PALO,ING, BB,CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: Boletim de Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

03 , DE FEVEREIRO , DE 2020

Edivaldo Sousa Juvenal



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046890/20

Vítima: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

CPF: 945.276.103-25

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/10/2019

Titular do CPF: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

EDIVALDO SOUSA JUVENAL : 945.276.103-25

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: 04/02/2020
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Antonia Daniella Ferreira da Silva

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/11/2019 17:13

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 08/04/1982

Atendimento: 82905776

Prontuário: 6335245

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS CRM 11104 [1]

Nº: 45817360 21/10/2019 às 15:13

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTO HOJE

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO

[1]

CID10

M259 TRANSTORNO ARTICULAR NÃO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



LEANDRO 21082

Paciente...: 6335245 EDIVALDO SOUSA JUVENAL
Nascimento 06/04/1982 Sexo M RG 20000010213776 SSPDS CE CPF 94527610325
Endereco R CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111 Tel 992926574
Convenio HAPVIDA
Matricula 68983001512005032 RPA - RECUPERAÇÃO
Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal
INTERNAÇÃO

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA DIREITA

!a~(uB
6291058231

RELATORIO

Presença de fratura em maleolo medial

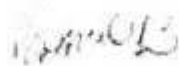
Presença de fratura em fibula distal

Espaços articulares mantidos

Demais aspectos preservados

OBS Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnostico de qualquer situação de saúde pois como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio medico cabendo unicamente a este concordar com os resultados solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clinica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos realizar incidencias adicionais ou fazer revisões de laudo apos correlação clinico radiologica

OBS Exame documentado em CD



COSMO ALVES DE AQUINO CRM 4252-RN



0 11 00



LOSSLESS
Q1 14N

Paciente...: 6335245 EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Nascimento: 06/04/1982 Sexo M RG 20000010213776 SSPDS CE CPF 94527610325

Endereço: R CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111 Tel 992926574

Convênio: HAPVIDA

Matrícula: 68983001512005032

Solicitante: Dr(a) EDUARDO GUEDES VIDA

Queixa Principal

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA DIREITO

!a}\o8"

6290577621

RELATORIO

Presença de fratura desalinhada em fíbula distal e maléolo medial com aumento de partes moles ao redor

Demais aspectos preservados

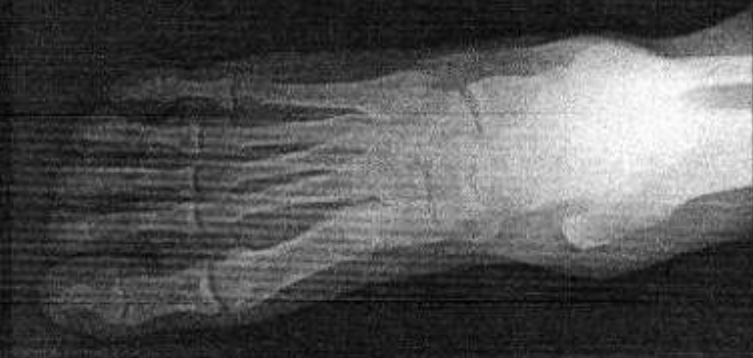
OBS Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como exames complementares, eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir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

OBS Exame documentado em CD

CONSIDERAVES DE AQUINO, DINA ALVES DE



0.14



LOSSLESS
Q. 17A

Paciente : 6335245 EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Nascimento: 06/04/1992 Sexo: M RG: 20000010213776 SSPDS CE CPF: 94527610325
Endereço: R CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111 Tel: 992926574
Convênio: HAPVIDA
Matrícula: 68983001512005032
Solicitante: Dr(a) MARCIO CARVALHO CAS

Queixa Principal

Exame

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) DIREITA

!b2;v8"

6315248321

RELATORIO

Exame de controle pos-operatório de fixação de fratura em fíbula distal com placa metálica e parafusos e em malleolo medial com parafusos metálicos

Demais aspectos preservados

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

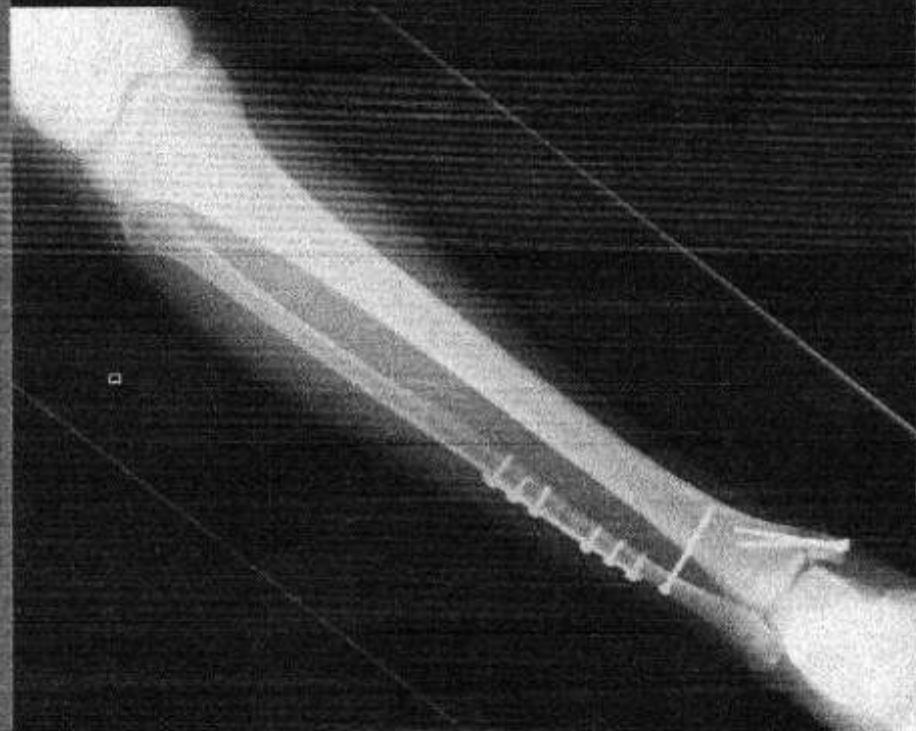
OBS: Exame documentado em CD

COSMO ALVES DE AQUINO CRM 4142 RN

ST 1022006
AMC
Model 1.2



© 2006 1022 MC 311



1000000
Q.14

POB 10:38
PTB2 03/02/2000





**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
62905776



20/11/2019 17:20:45

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6335245	EDIVALDO SOUSA JUVENAL	M	06/04/1982	37

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
20000010213776 SSPDS CE	94527610325		2-SOLTEIRO

Endereço

R CARLOS WALRAVEM, 194 - JARDIM GUANABARA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
992926574	

DADOS DO CONVENIO

Convenio

22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
------------	---	----------

Carteira

Validade

68983001512005032

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data

Hora

Matricula

Tipo Atendimento

21/10/2019

15:07

6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente

Clinica

48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg)

Temperatura (°C)

CARIMBO E ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

LEANDRO 21082

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO FRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62905776

20/11/2019 17:13

Prontuário: 6335245

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS CRM 11104 (1)

Nº: 45824422 21/10/2019 às 17:14

ANAMNESE

Queixa Principal

fx do tornozelo - solicito ito cirurgico

[1]

LEONARDO 21082

3TE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6335245	EDIVALDO SOUZA JUVENAL	M	06/04/1982	37
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20000010213776 SSPDS CE	94527610325		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA-CE CEP:61111111				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
992926574		MARIA JOSE SOUZA JUVENAL		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
21/10/2019	18:11		
Médico Atendente			Clinica
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	SERVNAC SEGURANCA LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
83001512005032		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
RPA - RECUPERACAO HEMODINAMICA	RPAH01 LEITO 01	01	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
42975340	99996566	D35857164	INTERNACAO
42975340	30728126	D35857164	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
42975340	30728142	D35857762	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
42975340	30732026	D35857823	ENXERTO OSSEO

RISCO QUEDA

ALERGIA

Thaiana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 437173 ENFThaiana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 437173 ENF

NOTA DE SALA

1778527

Atendimento:	62910582	Prontuário:	6335246	EDIVALDO SOUSA JUVENAL	HAPVIDA
Cirurgia(s):	30728126	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO	Tipo Anestesia: RAQUE+SEDACAO		
	30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	30732026	ENKERTO OSSEO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 01	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	30138
Equipe Médica:	CIRURGIAO	2574840	DEGINALDO HOLANDA CHAVES	CRM	13202
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	39265786	JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	CRM	12051
	ANESTESISTA	3746925	GUSTAVO NOGUEIRA BARRETO	CRM	59197

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Maternis Médico-Hospitalares					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	34990	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	2
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	38064	BUSCOPAN COMPOSTO AMPL 5 ML AMPL 5 ML	1
84848	AGULHA DESC. DE RAQUE N 27 - 1 UD	1	138799	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	154754	DEXTROCEAMINA 100MG/2ML INJ FRAP AMPL 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	28075	DIAZEPAM 10MG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
51053	ALGODAO HIDROFILO 500 GR	40	42099	KEFLIN FRAP 1 UD	2
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C1 - 1 UD	5	48194	MARCAINA PESADA 0.5% AMPL 1 UD	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	89606	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
152362	CAMPO IMPERMEAVEL 1.30X1.50 - 1 UD	2	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	2
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	143303	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML TUBO 100 ML	2
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	83941	SUFENTANILA 10MCG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 1 UD	1
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	45250	XYLOCAINA S/D 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	7			
154084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50897	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
119496	FIO MONONYLON (1163T) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	1	19	Gases / Aparelhos	
116133	FIO 3/8 MONONYLON (N2035T) - ETHILON*BLACK 2- ENV 1 UD	1	4	TAXA DE SALA	Início: 22:50 Fim: 00:20
32747	FIO 3/8 VICRYL (1405H) - VICRYL VIT 3-0 70CM - 1 UD	1	20	TREPANO	Início: 22:50 Fim: 00:20
161809	FIO Q 1/8 MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1	15	OXIGÊNIO	Início: 22:50 Fim: 00:20
165556	FIO Q-PG130X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1	16	BISTURI ELÉTRICO	Início: 22:50 Fim: 00:20
133506	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	6	22	MONITORIZAÇÃO	Início: 22:50 Fim: 00:20
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5		OXÍMETRO DE PULSO	Início: 22:50 Fim: 00:20
50854	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50836	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
105112	LATX SILICONIZADO - 1 MT	3			
30835	LUVA DE PROCLONAMENTO M CX 50 PA	8			
30857	LUVA DESC. ESTERIL N-7.0 - 1 PA	1			
30860	LUVA DESC. ESTERIL N-7.5 - 1 PA	4			
30878	LUVA DESC. ESTERIL N-8.0 - 1 PA	4			
50827	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/FRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	200			
97209	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3.5MM - 1 UD	9			
27480	PLACA 1/3 TUB PARA CIRURGIA - 1 UD	1			
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30807	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
50881	JORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 45839960 22/10/2019 às 00:09

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S826

Diagnóstico Cirúrgico S827

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 22/10/2019

Hora Da Cirurgia 00:09

Cirurgia TRATAMENTO CIRURGICO DE TORNOZELO DIREITO

Cirurgião DR DEGINALDO HOLANDA

1º Auxiliar DR JOSE NEIAS

Anestesista DR GUSTAVO

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTESICO
2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSICAO DE CAMPOS
3. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DO MIE COM FAIXA DE ESMARCH
4. ACESSO LATERAL AO TORNOZELO DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS E HEMOSTASIA
5. IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA DO MALEOLO LATERAL, REALIZADO REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5MM 7 FUROS, COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM
6. ACESSO MEDIAL AO TORNOZELO
7. REDUÇÃO CRUENTA DO MALEOLO MEDIAL + FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM
8. REALIZADO REPARO DE LESÃO LIGAMENTAR MEDIAL DO TORNOZELO COM PONTOS TRANSOSSEOS E REPARO LIGAMENTAR DA SINDESMOSE COM 1 PARAFUSO CORTICAL 3,5MM
9. RETIRADO ENXERTO OSSEO DA CORTICAL ANTERIOR DA TIBIA E COLOCADO NO FOCO DA FRATURA
10. CONTROLE DE IMAGEM
11. LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO
12. SUTURA POR PLANOS
13. CURATIVO + TALA GESSADA
14. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH
15. ENCAMINHADO PARA SRPA EM BOM ESTADO GERAL

Códigos Dos Procedimentos

30728126 - FRATURA
 30728142 - REPARO LIGAMENTAR
 30732026 - ENXERTO

[1]

Dr. Deginaldo Holanda
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia de Ombro e Cotovelo
 CREMEO 13202 / RPA

Dr. José Neias A. Ribeiro
 Ortopedia Traumatologia
 CRM: 12051 TEQT: 16094

22/10/2019 00:

PITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL
Vencimento: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Assinatura(s): ELIZANGELA DA SILVA SOUSA, ENFERMEIRO(A), COREN 446017 [1]
ELIZANGELA DA SILVA SOUSA COREN 446017 [2]

Nº: 45840401 22/10/2019 às 00:32

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checação Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibiótico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[2]
---	------	-----

22/10/2019 00:

SPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

ciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

nvenio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[2]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	NÃO	[2]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[2]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[2]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[2]



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO

Paciente: EDVALDO SOUSA JUVENAL

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrição médicas diárias com carimbos e assinaturas? Sinalizar pendência de medicação alto custo, medicação não padrão e dieta enteral, se houver.	X		
Sinalizar pendência de parecer médico, se houver: isolamento e cuidados paliativos.		X	
Aprazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepre verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações chegadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipos, sonda e BICs.	X		
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	X		
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.		X	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.		X	
Procedimentos de enfermagem tais como: (curativos, punção venosa, sondagens, AVAS e etc). E procedimentos médicos como: (paracentese, drenagem de tórax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?	X		
Existe acompanhamento dos registros/ fechamento de B.H em sistema?	X		
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Inclusive para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.	X		
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		IDENTIFICADO!
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	X		S/ QUEIXAS

Assinatura do enfermeiro

Luana Vieira Campos
R-CE 70733-FNF

Assinatura do enfermeiro Líder

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

De. Nasc. 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Nº Prescrição: 24296291

21/10/2019 às 22:40

Peso: 90.00 kg

Diagnóstico: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINÂMICA

Telefone: RPA1011 7013.3

CRM-13202

Dieta: GERAL ADULTO PARA A IDADE

33h ORAL

CRM-13202

Medicamento	Fase Única	Vol. Total	500 ml	7.00 g/ml	Acesso Portátil	CRM-13202
Infusão Venosa	20.83	ml	500 ml			CRM-13202
ORO FISIOLÓGICO 0.9%	1g	1 FRAP	(FRAP CI 1GR)	6lh	EV	CRM-13202
CEFALOTINA (1.00g)	Soro Fisiológico 0.9%	100 ml	1 FRAP	(FRAP CI 100MG)	8lh	EV
CEFTROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0.9%	100ml	1 FRAP	(FRAP CI 100MG)	8lh	EV
DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2 ML	(AMPL CI 500MG)	6lh	EV
IBAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0.9%	100mg	2 ML	(AMPL CI 100MG)	8lh	EV
Alta vigilância	Água Destilada	10mg	2 ML	(AMPL CI 10MG)	8lh	EV
PLAMET (5.00mg/ml)			18 ml			
SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						CRM-13202
CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA						CRM-13202
PUNÇÃO CI JELCO						CRM-13202
SINAIS VITAIS						CRM-13202
GEL 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						CRM-13202
RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						CRM-13202
CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						CRM-13202
COMPRESSÃO COM ETER						CRM-13202
Profissionais: CRM-13202						CRM-13202
DEGINALDO HOLANDA CHAVES						CRM-13202

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Cotovelo
CRM-13202 / RQE 8123

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-13202 / RQE 8123

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL	Dt. Nasc.: 06/04/1982	Atendimento: 62910582	Prontuario: 6335245
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24297481	22/10/2019 às 01:34	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 222/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Mantido: [1] OK

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS Mantido:


Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - 510

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nasc.: 06/04/1982 Atendimento: 62910582 Prontuario: 5335245
Convênio: HAPVIDA N° Prescrição: 24297567 22/10/2019 as 01:35
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES Leito: 222/1
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)

1 - ADMITIR/INSTALANDO

OXIMETRO DE PULSO

Mantido

MONITOR CARDÍACO

Mantido

2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO

PADRAO RESPIRATORIO

Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sarah J. Saunders Guedes
14/10/2019 01:36 AM
RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/10/2019 01:36

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nas.: 06/04/1982 Atendimento: 62910582 Prontuário: 6335245
Venio: HAPVIDA N° Prescrição: 24297548 22/10/2019 às 01:35
Módo: RPA - RECUPERACAO POS ANES Leito: 222/1 Enfermeiro(a): TAYANE MATOS DE SOUSA
Indicação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRURGICO
Resumo:

RISCO DE QUEDA

Relacionado a: NIVEL DE CONSCIENCIA
DEFICIT MOTOR

PER LEITO E GRADES LATERAIS
MOAS

Mantido:

MANEJER AMBIENTE SEGURO

Mantido:

RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
DOENÇAS CRÔNICAS
PROCEDIMENTO CIRURGICO

MONITORAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido:

Tayane
646 232

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
22/10/2019 01:37 AM

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 8335245

Convênio: HARVIDA

Nº Prescrição: 24297551

22/10/2019 às 01:36

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES

Leito: 222/1

Indicação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA

Profissionais: TAYANE MATOS DE SOUSA (COREN 546212)

INSPECIONAR/ REGISTRANDO

Nível de Consciência

Mantido

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO

Mantido

Sinais Vitais - Frequência Respiratória

00:00 06:00 12:00 18:00

Sinais Vitais - Temperatura

00:00 06:00 12:00 18:00

Observações

Manhã Tarde Noite

Pulsão Arterial

00:00 06:00 12:00 18:00

Atividade Motora

Manhã Tarde Noite

Prescrição da Dieta

Manhã Tarde Noite

Sinais Vitais - Frequência Cardíaca

00:00 06:00 12:00 18:00

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL	Dt. Nasc.: 06/04/1982	Atendimento: 62910582	Prontuário: 6335245
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24296327	21/10/2019 às 22:43	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINÂMICA	Leito: RPAH01/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXÍMETRO DE PULSO	Monitorado		
MONITOR CARDÍACO	Monitorado		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRÃO RESPIRATORIO	Monitorado		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES
COREN - CE 521 482 - CNP

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 01:34

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nasc.: 06/04/1982 Atendimento: 62910582 Prontuario: 6335245
 Corvênio: HAPVIDA Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 222/1
 Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 45841244 22/10/2019 às 01:32

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

01:32 - E.S.J., 37 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA NO
 POI DE FRATURA DO TORNOZELO COM DR DEGINALDO E SOB
 ANESTESIA RAQUI COM DR GUSTAVO. ENCONTRA-SE ACORDADO,
 CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE,
 SEM QUEIXAS ALGICAS, COM AVP EM MSE E PULSEIRA DE
 IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO INTEGRAL, LIMPO E SECO.
 DIURESE ESPONTANEA, SSVV: PA: 111 X 67 MMHG, FC: 80 BPM, FR:
 16 MRPM, SATO2: 99% MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA
 EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
 Sarah Joliana Saunders Guedes
 CRN 521.482 - ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 22:4

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuario: 6335245

Convenio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 45837817 21/10/2019 às 22:39

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

22:39 - E.S.J., 37 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA DE PRÉ-OPERATÓRIO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM FRATURA DO TORNOZELO COM DR. DEGINALDO ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE, COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD E COM AVP. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. TOMOU BANHO PRÉ-OPERATÓRIO. SSVV PA: 142 X 84 MMHG, FC: 106 BPM, FR: 18 MRPM, SATO2: 100% AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AGUARDA IDA PARA O CC. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES
COREN - CE 521.482 - ENF

Cidade: São Paulo

Paciente: FUSTI, JB - HAPI UK

Data de Prescrição: 14/09/2019

Local: Hospital - Unidade

Data de Recebimento: 27/09/2019

Valor: R\$ 90,00

kg

1. DIETA: GERAL - ADULTO - PARA A IDADE

30h ORAL

CRM-8260

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol total

7,00 gsmm

Acesso Periférico

CRM-8260

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20 B3

ml

500 ml

1 TRAP

60h

EV

CRM-8260

3. CEFALOTINA (1,00g)

Soro Fisiológico 0,9%

Vol total

500 ml

1 TRAP

60h

EV

CRM-8260

4. METANET (5,00mg/ml)

Água Destilada

Vol total

2 ML

(AMPL C/10MG)

80h

EV

CRM-8260

5. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

Vol total

1 TRAP

(TRAP C/100MG)

80h

EV

CRM-8260

6. DIPHRONA AMP (500,00mg/ml)

Água Destilada

Vol total

2 ML

(AMPL C/500MG)

60h

EV

CRM-8260

7. IRAMAXOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

Vol total

2 ML

(AMPL C/100MG)

80h

EV

CRM-8260

Ata vaginal

8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALVIO

SN

CRM-8260

9. CURATIVO MEDIO: S+GALZ ACOCHOADA

SN

CRM-8260

10. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

CRM-8260

11. SINAS VITAIS

SN

CRM-8260

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-8260

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-8260

14. CURATIVO COM ATADURA E GALZ ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-8260

15. COMPRESSÃO COM ETER

SN

CRM-8260

17. Alta em 22/10/2019

ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO

Ata dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Profissional: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA



Rafael Bezerril Nogueira
Fisioterapeuta / Traumatologia
CRM-8260

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

IP: 192.95.4.101

22/10/2019, 09:06

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 08:22

Responsável: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Localização: HAPVIDA

Posto: POSTO 3B - HAPFOR

Leito: 3013B/2

Profissional(is): DIONES DOS REIS PINHEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 517893 [1]

Nº: 45848105 22/10/2019 às 08:22

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

evolução de enfermagem

E S J, 37 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO POSTO 3B PROVENIENTE DA RPA. HD: 2º PO DE FRATURA DO TORNOZELO COM DR. DEGINALDO E SOB ANESTESIA RAQUI COM DR. GUSTAVO. NEGA ALERGIA E COMORBIDADES. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO VERBALIZANDO. EUPNEICO EM AR AMBIENTE. MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATORIO. ACEITA DIETA GERAL OFERTADA. MANTEM AVP EM MSE, PARA HV+TM+ATB (CÉFALOTINA D2/O2). SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. PELE ÍNTEGRA PARA LPP. MANTEM CURATIVO EM FO ÍNTEGRO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS AUSENTES NO PERÍODO. SEM SEM QUEIXAS E SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

[1]

AValiação DE DOR

(de 0 a 10)

0

DEPOSITIVOS

Canal Venoso Periférico

Sim



[1]

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 45837713 21/10/2019 às 22:36

IDENTIFICAÇÃO

Nome EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Sexo Masculino.

Idade 37 A 6 M

Data De Nascimento 06/04/1982

Nº Atendimento 62910582

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal OSTEOSINTESE DE TORNOZELO DIR

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias 2 Dias

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM/REC 13202-RQE 8123

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 45837875 21/10/2019 às 22:42

DIAGNÓSTICOS

CID10

S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Cirurgião

DR DEGINALDO HOLANDA

Tipo De Anestesia / Sedação

RAQUI

Data da Cirurgia

21/10/2019



Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM 13202 / RPA 5123

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 00

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Uvêlo: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERACAO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Assinatura(s): DEGINALDO HOLANDA CHAVES, MÉDICO, CRM 13202 [1]

Nº: 45839912 22/10/2019 às 00:08

GISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DE TORNOZELO DIREITO, PROCEDIMENTO TRANSCORRIDO SEM INTERCORRENCIAS. CD: A SR	[1]
CID 10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM 13202 / RPAH 01/1

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 09

Residente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuario: 6335245

Localidade: HAPVIDA

Posto: POSTO 3B - HAPFOR

Leito: 3013B/2

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]

Nº: 45850447 22/10/2019 às 09:06

DADOS DA EVOLUÇÃO

evolução Do Paciente

1 PÓS OP DE FRATURA DE TORNOZELO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR COM ATB, AINES, E ANALGESICO

[1]

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente): Edenilda Soares

CPF:

Data de Nascimento: 1 / 1

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

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

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

e seguinte alternativa anestésica geral

Declaro ainda que:

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

21 de outubro de 20 10

Hora: 20:24

Nome legível: Edenilda Soares

Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Gustavo Nogueira Barreto
Médico

CRM 19702

Nome legível: Gustavo Nogueira Barreto e visto ou carimbo com CRM e visto



Preencher quando não houver resposta

Paciente: المرضى في المستشفى 10/10/2019

Passagem: _____ Leitor: _____

Prontuário: 0 7 5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR											
83	168					Sólidos 6h	Adulto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						Líquidos 2h	Criança	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

GRUPPO PROGETTANTE	DATA
Ing. Giovanni L. L. L. L.	10/10/10

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

Comentários sobre os achados	DATA: 21/01/12	HR: 21:20
	Gustavo Nogueira Barre Médico CRM - 19702	

Gustavo Nogueira Barreto
Medico
CRM - 19702

Nome completo Edivaldo Sousa Junior Data de nascimento 06/04/82 Número do registro profissional _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data 22/10/19 Hora _____ Unidade de origem RPA Unidade de destino 3013-2
Responsável pelo transporte ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta ☒ Maca

SITUAÇÃO

Motivo da transferência alta médica
Diagnóstico(s) Fratura de tornozelo
Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ T _____ C _____
SpO2 _____ % Escala de dor _____
Medicamentos em uso _____
Riscos gerenciados ☐ Não se aplica ☒ Flebite ☐ TEV ☐ IPP ☒ Queda ☐ Outros _____
Protocolos gerenciados ☒ Não se aplica ☐ Sepsis ☐ Dor torácica ☐ Outros _____
Suporte de oxigênio ☒ Não ☐ Sim ☐ Cateter ☐ mm ☐ Nebulização ☐ mm ☐ Ventilação mecânica _____
Acessos vasculares ☐ Não ☐ Sim ☐ CVC ☒ CVP ☐ PICC ☐ Porta cath ☐ Outros _____
Sondas, drenos, ostomias ☒ Não ☐ Sim Qual? _____
Outros dispositivos ☒ Não ☐ Sim Qual? _____
Lesão de pele ☒ Não ☐ Sim Local: _____ Estágio: _____
Curativos ☐ Não ☒ Sim Qual produto? _____
Precaução ☒ Não ☐ Sim ☐ Contato ☐ Aerossóis ☐ Gotículas _____
Monitorização ☒ Não ☐ Sim Qual? _____
Nível de consciência ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Comatoso _____
Locomoção ☐ Deambula sem auxílio ☒ Deambula com auxílio ☐ Acamado _____
Transporte utilizado ☐ Cadeira de rodas ☒ Maca ☐ Incubadora de transporte _____

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes ☒ Não ☐ Sim ☐ HAS ☐ DM ☐ AVC ☐ DPOC ☐ Outros _____
Alergias ☒ Não ☐ Sim Qual? _____
Procedimentos realizados ☒ Não ☐ Sim Qual? _____
Valores, crentas, barreiras ☒ Não ☐ Sim Qual? _____

Data _____/_____/_____

AValiação

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

S/S

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências

☒ Não ☐ Sim Qual(s)? _____

Exames Pendentes _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Origem Joliane
COREX - CR 121.002-197

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino _____

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame ☐ Não ☐ Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame ☐ Não ☐ Sim Qual? _____
Conduta imediata ☐ Não ☐ Sim Qual? _____
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? ☐ Não ☐ Sim
Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ T _____ C _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável Unidade de Origem _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável Unidade de Destino _____

3013.2



ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 22/01/19
Nº PRONTUÁRIO: 6335245

NOME COMPLETO: Eduardo Sousa Junior DATA NASC: 06/04/82 IDADE: 37 PESO: 70 SEXO: M (F)
CIRURGIA REALIZADA: Colecistomia de laparoscopia CIRURGIAO: Deagoberto HORA DA ENTRADA NA RPA: 00:30

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (lpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
00:30	101 x 60	84 bpm	18 rpm	35,5°C	-	96%	0	100% 00:30
00:45	100 x 62	81 bpm	18 rpm	35,9°C	-	96%	0	100% 00:45
01:00	111 x 61	80 bpm	18 rpm	35,8°C	-	96%	0	100% 00:00
01:15	112 x 69	84 bpm	18 rpm	36,1°C	-	96%	0	100% 00:15
01:30	119 x 44	87 bpm	18 rpm	36,3°C	-	96%	0	100% 00:30
02:00	102 x 51	74 bpm	18 rpm	36,4°C	-	98%	0	100% 02:00
02:30	106 x 59	76 bpm	18 rpm	36,4°C	-	98%	0	100% 02:30

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULK

Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	E capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% de nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	E capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULK

HORA	CONSCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SpO2	TOTAL
02:00	2	1	2	2	2	9

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORARIO DA ALTA DA RPA:

MÉDICO(A): Gustavo Nogueira CRM - 19702
ENFERMEIRO(A): Aplicadora
Nº de Atividade Médica: 3013.2



ANTONIO
PRUDENTE

AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

Data de Revisão:
10/09/2018 v.01

Código:
FORMULÁRIO: 013

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1

Data de Elaboração:
20/01/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE Edvaldo Sousa Jervel DATA DO NASCIMENTO 21/10/19

UNIDADE DE INTERNAÇÃO Emy DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO 21/10/19

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR "SIM"

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

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

Risco Moderado: entre 7 e 15

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

RESULTADO: RISCO ALTO() RISCO MODERADO() RISCO BAIXO(✓)

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

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

Luana Vieira Campos
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a):



ANTONIO
PRUDENTE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

Data de Revisão:

10/09/2018

Código:

FORMULÁRIO: 015

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:

1 de 1

Data de Elaboração:

22/01/2017

Nome do paciente:

Edicleide Sousa Junior

Nº do prontuário:

Eng.

Data de Nascimento:

Data de admissão:

21/10/19

Leito:

Data de realização da escala:

21/10/19

Item	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História de queda anterior	1	Não	0
		4	Sim	
B	Doenças crônicas	1	Sem doenças crônicas	0
		2	Doenças crônicas	
		2	Doença oportunista	
		2	Doença medicamentosa	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	0
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico- cognitivo	1	Alerta e calmo	0
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Condição sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	0
		2	Deficiência auditiva	
		3	Deficiência visual	
		4	Deficiência sensorial	
F	Mobilidade/ equilíbrio corporal	1	Independente e sem fator de risco	0
		1	Atamado	
		1	Locomove-se apenas com ajuda	
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
		3	Locomove-se com ajuda de apoio de marcha	
G	Atividade das extremidades	1	Sim	0
		4	Não	

SOMA DOS PONTOS:

SEM RISCO/ RISCO BAIXO

07-09

Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas

RISCO MODERADO/ RISCO ALTO

10-26

Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos

Antiespasmódicos

Antiarrítmicos

Antihistamínicos

Antidepressivos

Diuréticos

Dracênicos

Relaxantes musculares

Vasodilatadores

Laxativos

Relaxantes musculares

Vasodilatadores

Hipoglicemiantes orais

Insulina

Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)

Presença de doenças crônicas

Acidente vascular cerebral prévio

Hipotensão postural

Tontura

Convulsão

Síncope

Dor intensa

Baixo índice de massa corpórea

Anemia

Insônia

Artrose

Osteoporose

Alterações metabólicas (EX: hipoglicemia)

Doenças Oportunistas

Neorotodermose

Histoplasmos

Pneumonia

Calazar

Tuberculose

Hanseníase

Meningite



Nome completo: Edenilson Saveri Pereira Data de nascimento: 06/04/32 Número do registro: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 21/10/19 Hora: 19:30 Unidade de origem: Unidade Unidade de destino: EC
Responsável pelo transporte: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S	Motivo da transferência:	<u>Ampliar</u>						
	Diagnóstico(s):	<u>Ectopia torácica (D)</u>						
	Sinais Vitais:	PA: <u>120/70</u> mmHg	FC: <u>89</u> bpm	FR: <u>18</u> rpm	T: <u>37,5</u> °C			
	SpO2	%	Escore de dor					
	Medicamentos em uso							
	Riscos gerenciados	() Não se aplica	(x) Flebite	() TEV	() LPP	() Queda	() Outros:	
	Protocolos gerenciados	() Não se aplica	() Sepsis	() Dor torácica	() Outros:			
	Suporte de oxigênio	(x) Não	() Sim	() Cateter	l/min	() Nebulização	l/min	() Ventilação mec:
	Acessos vasculares	() Não	(x) Sim	() CVC	(x) KVP	() PICC	() Port a cath	() Outros:
	Sondas, drenos, ostomias	(x) Não	() Sim	Qual?:				
	Outros dispositivos	() Não	() Sim	Qual?:				
	Lesão de pele	(x) Não	() Sim	Local:	Estágio:			
	Curativos	(x) Não	() Sim	Qual produto?:	<u>Alca</u>			
	Precaução	(x) Não	() Sim	() Contato	() Aerossóis	() Gotículas		
	Monitorização	(x) Não	() Sim	Qual?:				
Nível de consciência	(x) Consciente	() Confuso	() Sonolento	() Comatoso				
Locomoção	() Deambula sem auxílio	() Deambula com auxílio	() Acamado					
Transporte utilizado	() Cadeira de rodas	(x) Maca	() Incubadora de transporte					

BREVE HISTÓRICO

B	Antecedentes	(x) Não	() Sim	() HAS	() DM	() AVC	() DPOC	() Outros:
	Alergias	(x) Não	() Sim	Qual?:				
	Procedimentos realizados	(x) Não	() Sim	Qual?:	Data: _____			
	Valores, crenças, barreiras	(x) Não	() Sim	Qual?:				

AValiação

A	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	

RECOMENDAÇÕES

R	Recomendações especiais e pendências	(x) Não () Sim Qual(is)?:
	Exames Pendentes:	

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem: _____ Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino: Edenilson Saveri Pereira

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame:	() Não () Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame:	() Não () Sim Qual:
Conduta imediata:	() Não () Sim Qual:
Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)?	() Não () Sim
Sinais Vitais:	PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm T: _____ °C

**CONTROLE E REGISTRO
DOS MATERIAIS
ESTERELIZADOS E
UTILIZADOS NO TRANS-
OPERATÓRIO**

Nome: Edinaldo Sousa Gomes
Data Nascimento: 06/04/82
Atendimento: 62910582

Médico: Dr. Edinaldo

Procedimento: fratura do tornozelo

Técnicos de sala:

Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim () Não ()

OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes.

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA
<u>trepano</u>	<u>21/10/19</u>	<u>0835</u>	<u>11713</u>	
<u>traume</u>	<u>20/10/19</u>	<u>0809</u>	<u>84x2</u>	
<u>Vascular</u>	<u>20/10/19</u>	<u>0813</u>	<u>848x2</u>	

**A ANEXAR ETIQUETAS DE
DE CME COM CÓDIGOS E
INTEGRADORES**

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Produto: trepano

Quantidade: 1

Armazenado em: 01-10-19

Data de Esterilização: 21.04.20

Data Limite para Uso: 11.7-3

Nº COTR: 0835

Nº de Integração: 9259342

Material: trepano

Marca: STRYKER

E IMPRESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**



Nome do Paciente: <u>EDEVALDO SOUSA JUVENAL</u>	
Data de Nascimento: _____	Data de Internação: _____

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao (s) exame (s)/ procedimento (s) a ser (em) realizado (s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame (s)/ procedimento (s).

Eu, _____, inscrito no CPF sob o N° _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento (s): FRATURA ROMBÓIDEA para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisível (eis) ou fortuita. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, 21 de 10 de 20 19.

X EDEVALDO SOUSA JUVENAL
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, _____ CRM N° _____, médico (a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, 21 de 10 de 20 19.

Assinatura/ Carimbo do Médico _____
Dr. Deglázio Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Ombro
CRM 13283 / RQE 8123

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 17:32

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nasc.: 06/04/1982 Atendimento: 62905776 Prontuário: 6335245
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/2

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1] Nº: 45825322 21/10/2019 às 17:30

PACIENTE

Data De Admissão 21/10/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência [1]

Data Da Cirurgia 21/10/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto PRÉ-OP DE FRATURA DE TORNOZELO [1]

Pulseira De Identificação MSD [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista NÃO. [1]

Etilista NÃO. [1]

Cirurgias Anteriores Não. [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia [1]

Reserva de Hemoderivados Não. [1]

Reserva de Hemoderivados [1]

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

Exames E Procedimentos Sangue [1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum Sim. [1]

Luana Vieira Campos
COREN-CE 399.733-ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 00

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Dt. Nasc.: 06/04/1982

Atendimento: 62910582

Prontuário: 6335245

Revênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO HEMODINAM Leito: RPAH01/1

Profissional(is): ELIZANGELA DA SILVA SOUSA, ENFERMEIRO(A), COREN 446017 [1]

Nº: 45840459 22/10/2019 às 00:36

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]

ANFÓRTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	22/10/2019	[1]
Hora	00:37	[1]

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Procedimentos Intervencionistas e Cirúrgicos	FRATURA DO TORNOZELO	[1]
--	----------------------	-----

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	ELIZANGELA	[1]
Hora	22:40	[1]
Sala	08	[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	COM IMOBILIZAÇÃO	[1]
Início Da Anestesia	22:50	[1]
Término Da Anestesia	00:20	[1]
Início Da Cirurgia	23:20	[1]
Término Da Cirurgia	00:15	[1]
Instrumentador	DANIELA	[1]
Circulante	ELIZANGELA	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	Ortopédica.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	TORNOZELO DIREITO	[1]
Numero Inicial De Compressas	15 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	15 UD	[1]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Tipo	Elétrico.	[1]
Grau De Contaminação	Limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		[1]
Horário De Saída Da S.O	00:30	[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

PACIENTE ADMITIDO NO CC PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO COM ANESTESIA RQUE E SEDAÇÃO, SEGUI PARA RPA SEM ONTECORRÊNCIA.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/10/2019 17:33

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nasc.: 06/04/1982 Atendimento: 62905776 Prontuário: 6335245
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/2

Profissional(is): LUANA VIEIRA CAMPOS, ENFERMEIRO(A), COREN 399733 [1] Nº: 45825463 21/10/2019 às 17:32

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	21/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	PRÉ-OP DE FRATURA DE TORNOZELO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

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

Luana Vieira Campos
COREN 45825463-ENF



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
63152483



20/11/2019 17:20:56

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6336246	EDIVALDO SOUSA JUVENAL	M	06/04/1982	37
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20000010213776 SSPDS CE	94527610325		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CARLOS WALRAVEM, 194 - JARDIM GUANABARA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
992926574				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -		COLETIVO
22 HAPVIDA			
Carteira	Validade		
68983001512005032			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
31/10/2019	11:01		4 CONSULTA RETORNO	
Médico Atendente			Clinica	
1630440 MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO			6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - (1,10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/11/2019 17:19

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL Dt. Nasc.: 06/04/1982 Atendimento: 63152483 Prontuário: 6335245
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO CRM 10780 [1] Nº: 46278530 31/10/2019 às 11:17

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA TIBIA DIR [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

CID10 S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

**ANTONIO
PRUDENTE****FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**Atendimento
63182127

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

20/11/2019 17:21:07

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6335245	EDIVALDO SOUSA JUVENAL	M	06/04/1982	37
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20000010213776 SSPDS CE	94527610325		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CARLOS WALRAVEM,194 - JARDIM GUANABARA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
992926574				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	SERVNAC SEGURANCA LTDA		
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
68983001512005032			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
01/11/2019	12:33		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2132184 FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/11/2019 17:20

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL	Dt. Nasc.: 06/04/1982	Atendimento: 63182127	Prontuário: 6335245
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1]			
Nº: 46330400 01/11/2019 às 12:37			

ANAMNESE

Queixa Principal	POS OP DE FX TORNOZELO DIREITO - RETORNO DR DEGINALDO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]
CID10	S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

ANS - n.º 36.825-3

1 - N.º DA PROPOSTA / JORNAL / JORNAL

2 - DATA DE RECEPÇÃO

3 - N.º DA PROPOSTA

4 - DATA DE RECEPÇÃO

5 - N.º DA PROPOSTA

6 - N.º DA PROPOSTA

7 - N.º DA PROPOSTA

8 - N.º DA PROPOSTA

EDIVALDO SOUSA JUVENAL

9 - N.º DA PROPOSTA

10 - N.º DA PROPOSTA

11 - N.º DA PROPOSTA

12 - N.º DA PROPOSTA

13 - N.º DA PROPOSTA

14 - N.º DA PROPOSTA

15 - N.º DA PROPOSTA

16 - N.º DA PROPOSTA

17 - N.º DA PROPOSTA

18 - N.º DA PROPOSTA

19 - N.º DA PROPOSTA

20 - N.º DA PROPOSTA

FISIOTERAPIA MOTORA

21 - N.º DA PROPOSTA

22 - N.º DA PROPOSTA

23 - N.º DA PROPOSTA

24 - N.º DA PROPOSTA

25 - N.º DA PROPOSTA

26 - N.º DA PROPOSTA

27 - N.º DA PROPOSTA

28 - N.º DA PROPOSTA

29 - N.º DA PROPOSTA

30 - N.º DA PROPOSTA

31 - N.º DA PROPOSTA

32 - N.º DA PROPOSTA

33 - N.º DA PROPOSTA

34 - N.º DA PROPOSTA

35 - N.º DA PROPOSTA

36 - N.º DA PROPOSTA

37 - N.º DA PROPOSTA

38 - N.º DA PROPOSTA

39 - N.º DA PROPOSTA

40 - N.º DA PROPOSTA

41 - N.º DA PROPOSTA

42 - N.º DA PROPOSTA

43 - N.º DA PROPOSTA

44 - N.º DA PROPOSTA

45 - N.º DA PROPOSTA

46 - N.º DA PROPOSTA

47 - N.º DA PROPOSTA

48 - N.º DA PROPOSTA

49 - N.º DA PROPOSTA

50 - N.º DA PROPOSTA

51 - N.º DA PROPOSTA

52 - N.º DA PROPOSTA

53 - N.º DA PROPOSTA

54 - N.º DA PROPOSTA

55 - N.º DA PROPOSTA

56 - N.º DA PROPOSTA

57 - N.º DA PROPOSTA

58 - N.º DA PROPOSTA

59 - N.º DA PROPOSTA

60 - N.º DA PROPOSTA

61 - N.º DA PROPOSTA

62 - N.º DA PROPOSTA

63 - N.º DA PROPOSTA

64 - N.º DA PROPOSTA

65 - N.º DA PROPOSTA

66 - N.º DA PROPOSTA

67 - N.º DA PROPOSTA

68 - N.º DA PROPOSTA

69 - N.º DA PROPOSTA

70 - N.º DA PROPOSTA

71 - N.º DA PROPOSTA

72 - N.º DA PROPOSTA

73 - N.º DA PROPOSTA

74 - N.º DA PROPOSTA

75 - N.º DA PROPOSTA

76 - N.º DA PROPOSTA

77 - N.º DA PROPOSTA

78 - N.º DA PROPOSTA

79 - N.º DA PROPOSTA

80 - N.º DA PROPOSTA

81 - N.º DA PROPOSTA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM: 8260

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Endereço: CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111111 Tel. 992926574

Prescrição:

CEFADROXILA 500 MG

01 CX COM 14

TOMAR 01 COM DE 12 EM 12 HORAS POR 07 DIAS

1ª Via retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via orientação ao PacienteRafael Bezerril Nogueira
CRM: 8260
Traumatologia

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Data: 22/10/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Orgão Emissor:

End:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data

22/10/19

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA

CRM: 8260

UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FATIMA 60055401 Tel
32694001

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

Rafael Bezerra Nogueira
Médico / Traumatologista
CRM-CE 8260

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Cidade FORTALEZA

UF: CE

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Endereço: CARLOS WALRAVEM 194 JARDIM GUANABARA FORTALEZA CE 61111111 Tel. 992926574

Prescrição:

HETORI 90 MG

01 CX COM 07

TOMAR 01 COM AO DIA POR 07 DIAS

Data : 22/10/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Orgão Emissor:

End:

Cidade:

UF

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data 22/10/19



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Paciente: EDIVALDO SOUSA JUVENAL

Data do Atendimento: 22/01/2020

RECEITA

ATESTADO DE APTIDÃO AO TRABALHO


Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) EDIVALDO SOUSA JUVENAL às 09:10, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dia(s), a partir de 21/10/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S826

Código da Doença

2110/2019

Local e Data

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BRKJW09T500K0

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF 048.217.413-77 DATA NASCIMENTO 18/06/1990

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

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05034566735

VALIDADE
06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

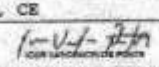
DATA EMISSÃO
16/10/2017

Idor Vancencius Pente

65807059905
CE161764037

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		
NOME EDIVALDO SOUSA JUVENAL		
	DIGIT. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE 2000010213776 SSPDS CE	
	CPF 945.276.103-25	
	DATA NASCIMENTO 06/04/1982	
	RESIDÊNCIA EDIVAL JUVENAL ROCHA MARIA JOSE SOUSA JUVENAL	
FORMAÇÃO ACADEMIA DE POLÍCIA	RG CE	CAT. NAC. A.D.
Nº REGISTRO 06550724456	VALIDADE 06/02/2025	1ª EMISSÃO 22/01/2016
OBSERVAÇÕES EAR:		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 23/01/2017
 ASSINATURA DO EMISSOR		66011509800 CE157779793
CEARÁ		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1409508843

PROIBIDO PLASTIFICAR
1409508843

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

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

EDIVALDO SOUSA JUVENAL

inscrito (a) no CPF sob o Nº **945.276.103** / **25**

do sinistro de DPVAT cobertura **IPA** da Vítima **EDIVALDO SOUSA JUVENAL**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **945.276.103** / **25**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço:
RUA PROFESSOR CABRAL

Número:
676

Complemento:
FUNDOS

Bairro:
PQ. SANTA ROSA

Cidade:
FORTALEZA

Estado:
CEARA

CEP:
60.762-775

E-mail:
RC527310@GMAIL.COM

Tel. (DDD):
85999253719

Local e Data: **FORTALEZA, DE FEVEREIRO DE 2020**

X *Alexandre Barbosa da Cruz*
Assinatura do Declarante

4299567

A Tarifa Social de Energia Elétrica
é concedida pela Lei nº 10.428
de 29 de abril de 2002

enel

Para solicitar seu atendimento, entre em contato
sempre que estiver em contato conosco.Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Vaz de Almeida, 100
CEP: 60030-040 - Fortaleza - CE
CNPJ: 07.047.285/0001-70 | CCF: 06.105.846-2

CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 040020271

Rota FOF18U33 - 44600 Referência 11/2019
Nome ALYNE KARLA BEZERRA GUEDES
Endereço RUI CARLOS WALRAVEN, 00194 - CS ALTOS, JARDIM
Classificação JARDIMARA, 60110-000, FORTALEZA
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
Ligação MorfologiaEmissão 26/11/2019
Medidor 4383893 - CPN-308
ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

ÁREA RESERVADA AO FISCO

26/04/2019 10:00:00 AM

DATAS DE LEITURA P.P.: 32 dias
Anterior 25/10/2019 Atual 26/11/2019 Próxima prevista 26/12/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	11.221	10.820	1.00	203	00	203	0,72837	147,86

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA VALOR (R\$)

Descrição	Tarifa	Valor (R\$)
CTP - 111M PLS PREL MUNIC	-	13,01
CONSUMO	0,72837	147,86
JUROS MORATORIOS	-	0,34
ADICIONAL BANDO AMARELO	0,00374	0,76
ADICIONAL BANDO VERMELHO	0,04640	9,42
COB DOACAO LAR TORRES DE MELO 0800 042 0108 -	-	10,00

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	158,04	27,00	42,66
PIS	158,04	0,04	0,05
COFINS	158,04	3,30	5,21

03/12/2019

181,39

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 811.857.963-72

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compensação emitida pelo consumo de energia elétrica

Emitido (kg) Compensado (kg) Compensação Realizada (%)

79,25 0,00

Período: Bando Tarifa Amarelo: 26/10 31/10 Vermelho: 01/11 - 26/11

SE VOCE RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENE NO MES TEM OPCÃO PARCELAR EM ATÉ 24X SEM JUROS PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Nº do Cliente: 4299567
Data de Emissão: 25/11/2019
Nº da Nota Fiscal: 04400/0271Referência: 11/2019
Total a Pagar (R\$): 181,39
Nº de Controle: 30002837650V: [1.0.0.5]
12/11/2019
11/2019

33800000017 81300031030 00283765007 7 00004299567 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

945.276.103-25

Edinaldo Bezerra Juvenal

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

5 - Nome completo:

Edinaldo Bezerra Juvenal

6 - CPF:

945.276.103-25

7 - Profissão:

Vigilante

8 - Endereço:

Rua Carlos Walterem

9 - Número:

179

10 - Complemento:

Atos

11 - Bairro:

São Dim Guanabara Fortaleza

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60410-000

15 - E-mail:

77527310@gmail.com

16 - Tel (DDD):

(85) 99529-6730

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

0699 8

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

19388

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CNJ)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Fortaleza - CE 03/02/20

2 Edinaldo Bezerra Juvenal

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **EDIVALDO SOUSA JUVENAL**, portador do RG n.º 2000010213776-2, SSPDS-CE, inscrito no CPF n.º 945.276.103-25, dia 21/10/2019, às 13h32, Município de Caucaia-CE, na Avenida Ulisses Guimarães, Bairro Parque Leblon, próximo ao Posto Pontes, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o **AGR – Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha Da Rocha**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 20 de dezembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA