



Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01445790-3** em **15/09/2020 12:57:18**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0246251-52.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01445790-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 15/09/2020 12:57:18

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2749797_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2749797_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-17.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 424.001.203-15 4 - Nome completo da vítima: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO 6 - CPF: 424.001.203-15
 7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA AURELIANO LEAL 9 - Número: 1549 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: MONDUBIM 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60764-425
 15 - E-mail: RC527310@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (85) 98529-6730

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1563 CONTA: 14490 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (no Civil) 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 (ou nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado
 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 21/02/20
Jose Augusto de Araujo
 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** prestou atendimento pré hospitalar do Sr. **JOSÉ AUGUSTO DE ARAÚJO**, portador do RG n.º 96019009920, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 424.001.203-15, dia 27/11/2019 às 09h22, no Município de Maracanaú-CE, na Rua Raul Teófilo, Bairro Pajuçara, próximo a Caixa Econômica, vítima de acidente de trânsito, colisão ~~entre~~ motocicleta e carro, sendo removido para UPA de Maracanaú. 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, 12 de dezembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

DADOS DO CLIENTE

 Nome: **JOSE AUGUSTO DE ARAUJO**
 End. Loteado: **RUA AURELIANO LEAL, 1544, MINIMORIM**
 Cidade: **FORTALEZA**
 End. Entrega: **CEP: 60764-425**

 Cidade: **001**
 Local: **001** Serc: **085** Quidat: **0563** Lote: **0518** CEP: **6000**
 Subsector: **00** Subquadra: **00** Camp:

ECORRIMENTOS

 Residencial: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Público: **000**
INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

 Serviço: **AGUA** Medidor: **AT08445545** Leituras Anterior: **111** Leituras Atual: **125** Volume(m³): **14** Média Semestral(m³): **12**
DATA

 Leituras Atual: **09/11/2019** Término: **09/11/2019** Leitura Anterior: **08/10/2019** Próxima Leitura: **09/12/2019** Leitura Anterior: **999** Leitura Especial:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Classe		Condições Totais		Esportes (m ³)
	520	526	520	526	
529	529	529	529	529	529
528	529	529	526	516	529

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 16 m³ | META: 13 m³.
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
 LABORATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
AGUA
TARIFA DE CONTINGÊNCIA

 Valor (R\$):
47,58
5,78
HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m ³)	Esporte (m ³)
09/19	13	0
dez/18	17	0
jan/19	12	0
fev/19	12	0
mar/19	12	0
abr/19	14	0
maio/19	13	0
jun/19	12	0
jul/19	12	0
ago/19	12	0
set/19	15	0
out/19	13	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

 Descrição: **PIS** Valor (R\$): **0,51**
COFINS Valor (R\$): **2,55**
SUBSIDIO

 Descrição: **VALOR DO SERVIÇO** Valor (R\$): **63,36**
VALOR DO SUBSIDIO Valor (R\$): **9,96**
VALOR TOTAL A PAGAR Valor (R\$): **53,36**
MÊS/ANO
11/2019
VENCIMENTO
10/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
53,36

I: 35644J66484756 L: 0304 N: 11:29:05 R: 035 P: 001

PAGAR SUA FATURA

Banco: Agência: Conta:

 Central de Atendimento
Cagece
0800 278 0195
É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

 Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 285 1919**. Outras localidades: **ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 279 3838**. Ouvidoria estadual: **155**. Site da ARCE: **www.arce.ce.gov.br**.
 Mais informações pelo telefone: **0800 275 0195** nas lojas de atendimento de **8h às 17h**, no site **www.cagece.com.br** ou no **WhatsApp da Cagece: 3101.1915** de **8h às 12h e 13h às 17h**.



048174727

Esta é a sua conta de

01/2020

Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
Endereço: RU PRO CABRAL, 00676 CS FUNDOS 60762-770 FORTALEZA PARQUE SANTA ROSA
Classe/Instalação: Resid. Santa Rosa

7694250
30/01/2020
TOTAL A PAGAR R\$ 0,00

Medidor: 5790589-ELE-626 - FOL16U30
0062 AGR.EDU.DUF.6.18C.MCQ.ACOI.DAFU

CPF / CNPJ: 048.217.413-77
Data de Fatura: 23/01/2020
Período de Cobrança: 23/01/2020

Table with columns: Tipo de Tarifa, Consumo (Linha Ativa, Linha Ativa, HPP), Consumo (Data Mensal, Atual), Unidade (Linha Ativa, Ativa), Valor (R\$) (Consumo (Data Mensal), Consumo (Atual), Consumo (HPP))

RESERVAÇÃO DA CONTA: Consumo em Banciologia, Consumo em Banco Bradesco, Consumo em 202 sem em 2020 em, Endereço: Bv. Américo, Centro, Ceará, Brasil, CEP: 60000-000, Cnpj: 04.749.898/0001-90, Fone: (85) 3241-1000, Fax: (85) 3241-1000, Cid: Fortaleza, Pib: 60000000, Cpf: 04.749.898/0001-90

PERÍODO EM ENERGIA (kWh)
Tabela com 12 colunas para meses de 2019 e 2020, com valores de consumo e tarifa.

CONSUMO DE ENERGIA (kWh)
Consumo de Energia em kWh
Consumo de Energia em kWh

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Período: Bando Tarif. Amarela - 24V7 - 220V BE VOCE RECEBER DUAS FATURAS COM VENCIMENTO NO MES TEM O PRAZO DE PAGAR EM 10X SEM JUROS. CASO RESERVA ATUAL EM ABERTO REFERENTE A ESTA SITUAÇÃO RECALQUE ATÉ 5 DIAS ANTES.



Debitando automaticamente em seu cartão de crédito.
Pague seu boleto com segurança e tranquilidade.
Debitando automaticamente em seu cartão de crédito.

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
RU PRO CABRAL, 00676 CS FUNDOS
FORTALEZA PARQUE SANTA ROSA
60762-770

6260599-ELE-626
7694250
23/01/2020

ENEL & VOCE
Central de Atendimento ao Cliente
0800 285 0136

CONSUMIDORES
LIGADORA DOS CONSUMIDORES QUALIDADE E FORTALECIMENTO
LIGADORA DOS CONSUMIDORES QUALIDADE E FORTALECIMENTO
LIGADORA DOS CONSUMIDORES QUALIDADE E FORTALECIMENTO



Form with fields for 'Mantido' and 'Cancelado' with checkboxes and labels.



Enel Brasil S.A. - Rua...
Enel Brasil S.A. - Rua...
Enel Brasil S.A. - Rua...

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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda 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 Nº9.613/98.

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

JOSE AUGUSTO DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº **424.001.203** / **15**

do sinistro de DPVAT cobertura **IPA** da Vítima **JOSE AUGUSTO DE ARAUJO**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **424.001.203** / **15**, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

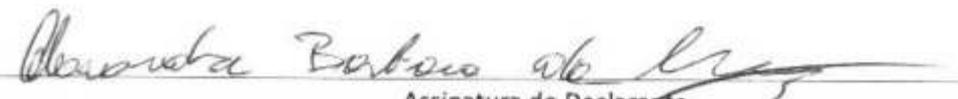
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

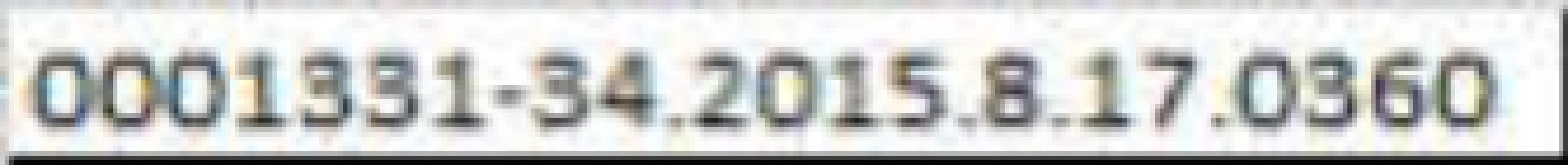
Recuso informar

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, 21 DE FEVEREIRO DE 2020**

X 
Assinatura do Declarante



RECEITUÁRIO

LAVADO -

PACIENTE JOSÉ AUGUSTO DE
TAVARA EXPOSTA DA PERNA
ESQUERDA EM 27/11/2019, SUB-
METIDO A TRATAMENTO E
CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E
FIXAÇÃO E ENCONTRO SE
COM INCAPACIDADE FÍSICA
CONTRAL DA PERNA ESQUERDA
DOZ AMOBISSAÇÃO + LHM)
TRABALHO DOS MOVIMENTOS
E DE ALTA MÉDICA DE-
FINITIVA EM 17/02/2020

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 17/02/2020



UPA 24 HORAS - PAJUÇARA
BOLETIM DE ATENDIMENTO

Número do Boletim:
000.227.119

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **JOSE AUGUSTO DE ARAUJO** CNS:
Prontuário: **00.000.090.476** Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **01/05/1967** Idade: **52 Anos**
CPF: Identidade (RG): Org. Exp:
Mãe: **MARIA JOSE DE ARAUJO** Par:
Endereço: **RUA AURELIANO LEAL** Nº: **0** Bairro: **MONDUBIM**
CEP: **60.764-400** Cidade: **FORTALEZA** Estado: **CE** Telefone: **XXXXXXXXX-XXXXXX**
Complemento:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Laranja, Problemas em extremidades, Dor intensa, Nível de Dor: 10, Tempo de Classificação: 00:00:06, Data: 27/11/2019 09:47:12, Usuário: KIRNAAGUAR

Cor: **Laranja**



Queixa Principal / Observação Retorno após exames e medicação: **NÃO**
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM MMII

SINAIS VITAIS

ECG	Pulso	FR	Saturação	Glasgow	Pressão Arterial	Temperatura	Data do Registro	Usuário
	75				200 x 80		27/11/2019 09:46:53	KIRNAAGUI

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

V29 - MOTOCICLISTA TRAUM OUTR ACID TRANSP E NE

EVOLUÇÕES

27/11/2019 09:51:00 - Evolução Médica - FERNANDO DAVID RODRIGUES CARNEIRO - PACIENTE RELATA COLISAO DE MOTO COM CARRO. RELATA QUE ESTAVE DIRIGINDO A MOTO SEM SINAIS DE ETILISMO RELATA DORES EM MMII COM ESCORIAÇÕES DOR DE LEVE INTENSIDADE COM PICO HIPERTENSIVO NO MOMENTO

AO EXAME
NUCA LIVRE
GLASGOW 15, SEM DÉFICIT NEUROLÓGICO. PIFR, FORÇA PRESERVADA
BEG, AAA, HIDRATADO, NORMOCORADO, EUPNEICO
AR MVUA, S/RA
AC RCR, 2T, BNF, S/S.
ABD FLÁCIDO, INDOLOR, RHA+
EXT PPP. ESCORIAÇÕES EM MMII
CD:
ORIENTAÇÕES
SINTOMATICOS
RAIO X

Marden Moura França
Coord. Médicos
UPA PAJUÇARA - MARACANAÚ-CE
Instituto de Assistência à Saúde e Promoção Social
PROJUBA INSTITUTO
CNPJ 07.466.228/0001-10

LANÇAMENTOS

Procedimento	Quantidade
0301060118 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1
0204060125 - RADIOGRAFIA DE JOELHO AP LATERAL	1

ACIDENTE OU AGRESSÃO

Acidente: *SIM* Data/hora do acidente: 27/11/2019 08:30:00
Tipo de veículo: *MOTO* Posição no acidente: *CONDUTOR*
Uso de capacete: *SIM* Uso de cinto de segurança: *NÃO*
Região corpórea afetada: *MMII*
Agressão: *NÃO*

Data: 27/11/2019 09:45:20

Médico do Atendimento
CRM 19025
ERICA SALDANHA FREIRE SIMOES

Marden Moura França
Coord. Médicos
UPA PAJUÇARA - MARACANAÚ-CE
Instituto de Assistência à Saúde e Promoção Social
PROVIDA INSTITUTO
CNPJ: 07.466.228/0001-10



Paciente...: 12019213 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Nascimento...: 01/05/1967 Sexo: M RG.: 96019009920 SSP CE CPF.: 42400120315
Endereço...: R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA CE 6100000 0 Tel.: 987164882
Convenio...: HAPVIDA
Matrícula...: 68964000564006038
Solicitante: Dr(a) GUILHERME DE CASTRO

Queixa Principal:

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!dCu}8'

6532829021

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

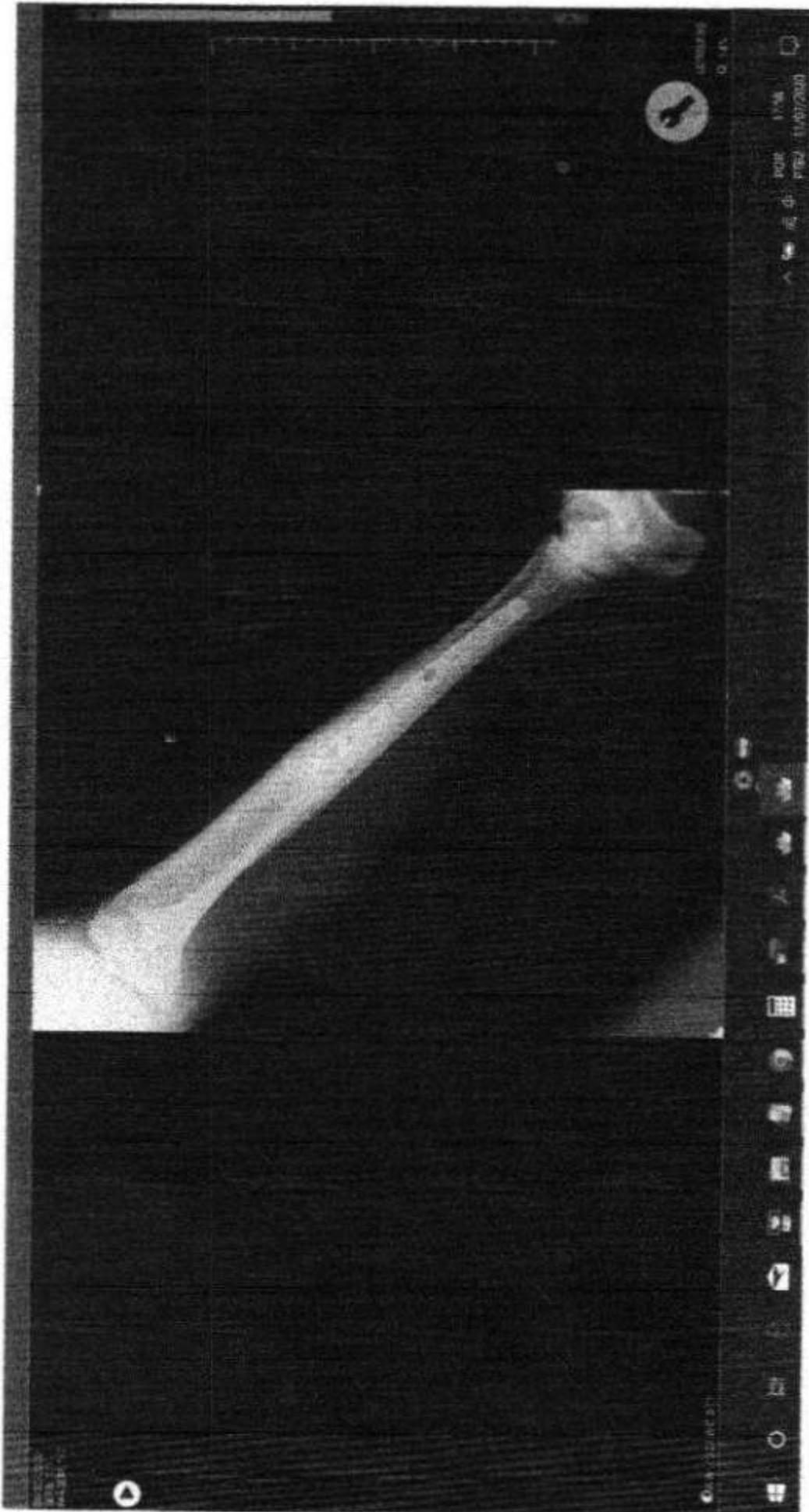
Sinais de formação de calo ósseo em terço distal da tibia.

Demais aspectos inalterados.

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 4252-FRN





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 34248239

Data 28/11/2019
Pag 1 de 1

Paciente...: 12019213 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
Nascimento.: 01/05/1967 Sexo: M RG: 96019009920 SSP CE CPF: 42400120315
Endereço...: R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA CE 61000000 Tel: 987164882
Convenio...: HAPVIDA
Matricula...: 68964000564006038 RPA - RECUPERACAO
Solicitante: Dr(a) SAULO LACERDA BORGE

Queixa Principal:

INTERNAÇÃO

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!bpCiL"

8377327041

RELATÓRIO:

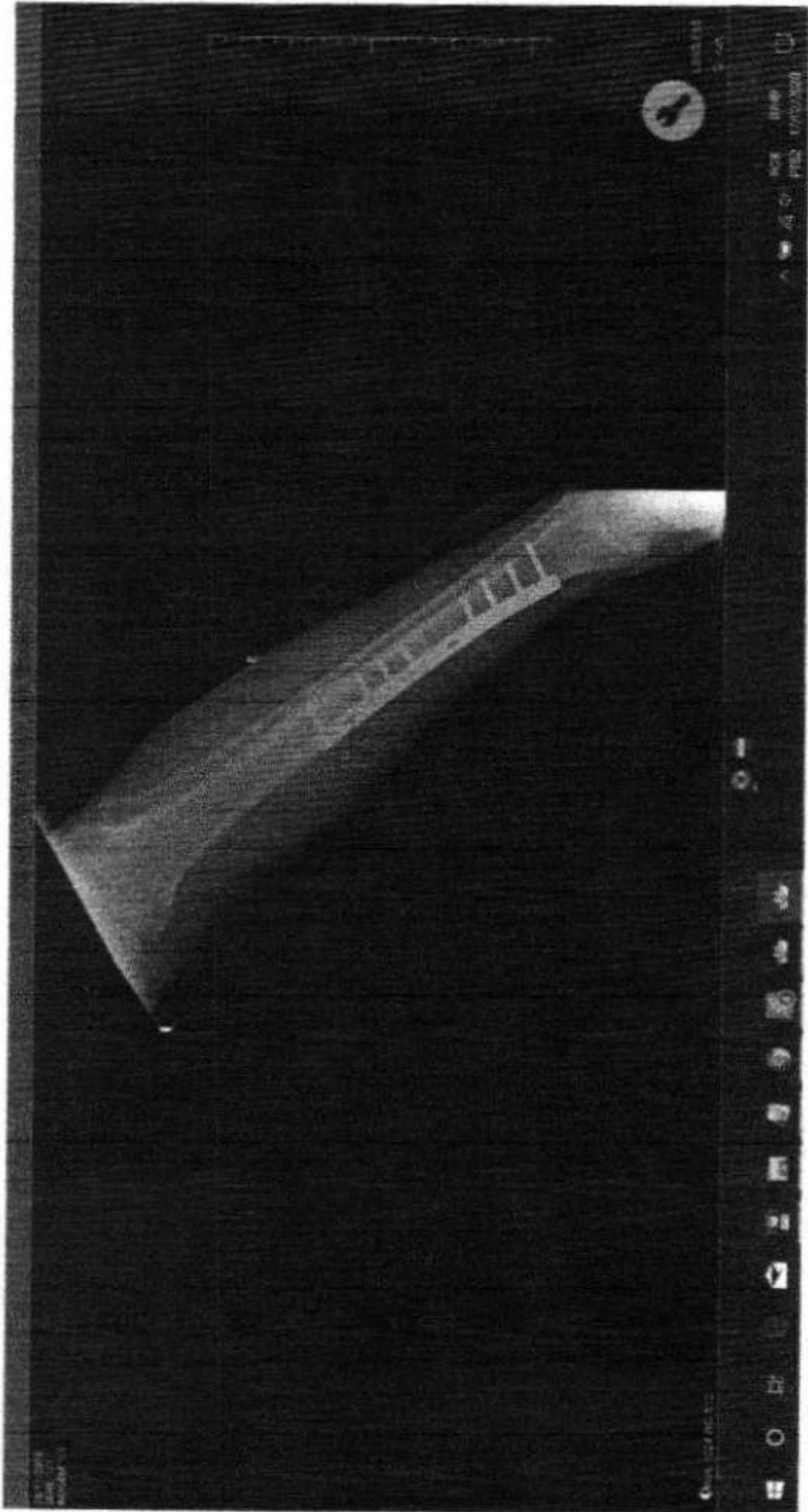
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

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 4252-RN



1/25/2017



1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017

1/25/2017



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 34239857

Data 27/11/2019
Pag 1 de 1

Paciente...: 12019213 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Nascimento: 01/05/1967 Sexo: M RG: 96019009920 SSP CE CPF: 42400120315

Endereço: R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA CE 61000000 Tel: 987164882

Convenio: HAPVIDA

Matricula: 68964000564006038

Solicitante: Dr(a) FREDERICO THALES DE

Queixa Principal:

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!boVyB

6376516831

RELATÓRIO:

Presença de fratura alinhada em terço distal da tibia.

Espaços articulares mantidos.

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 4252-RN





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 34898109

Data 09/01/2020

Pag 1 de 1

Paciente...: 12019213 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Nascimento: 01/05/1967 Sexo: M RG: 96019009920 SSP CE CPF: 42400120315

Endereço: R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA CE 61000000 Tel: 987164882

Convenio: HAPVIDA

Matricula: 68964000564006038

Solicitante: Dr(a) LUCIANA CASCAO LIMA

Queixa Principal:

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!cd.88"

6465112121

RELATÓRIO:

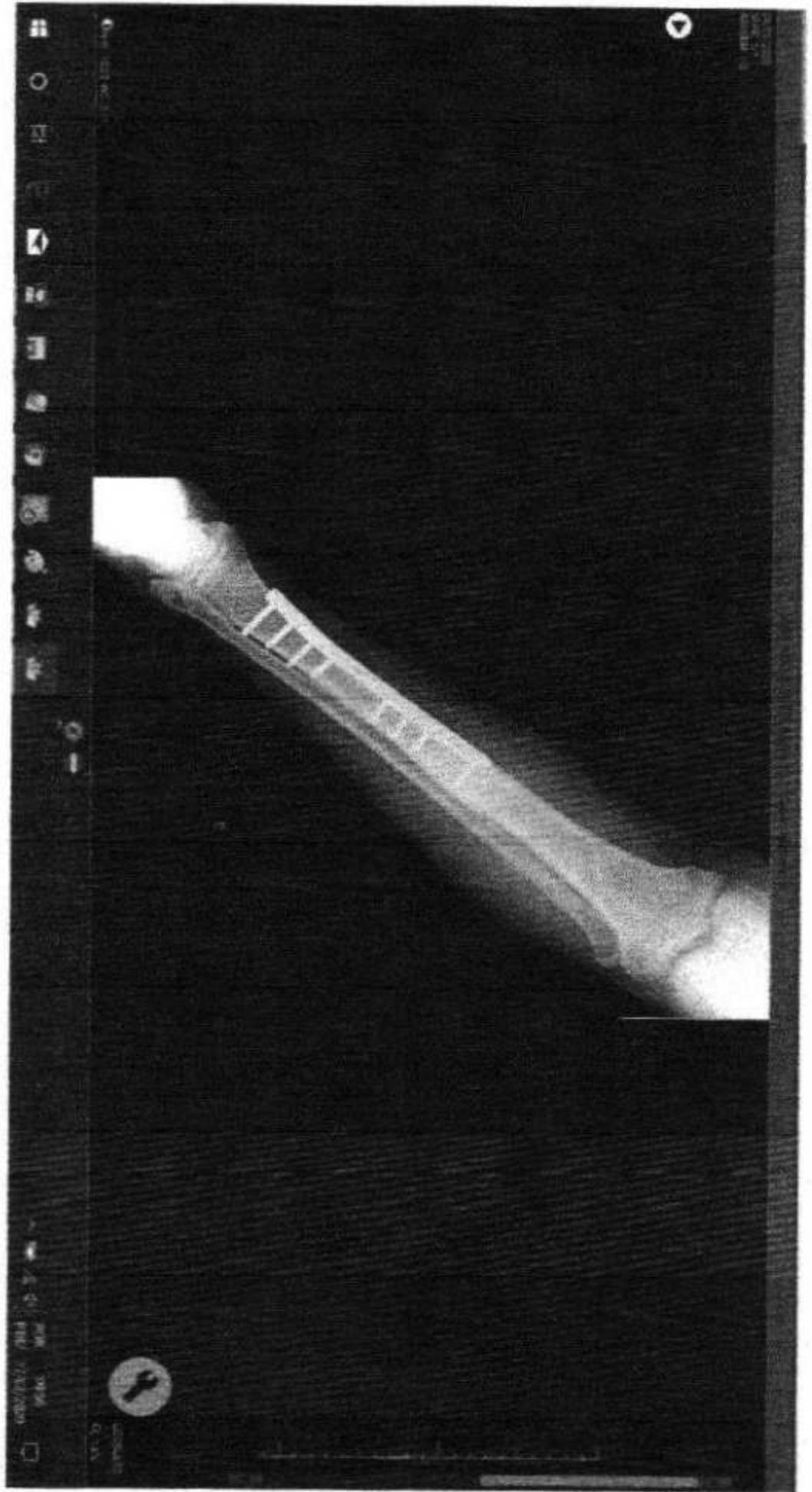
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

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 4252-RN





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 34681258

Data 25/12/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 12019213 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Nascimento: 01/05/1967 Sexo: M RG: 96019009920 SSP CE CPF: 42400120315

Endereço: R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA CE 61000000 Tel: 987164882

Convenio: HAPVIDA

Matricula: 68964000564006038

Solicitante: Dr(a) SAULO LACERDA BORGE

Queixa Principal:

DOR

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!cG'w8'

6436048421

RELATÓRIO:

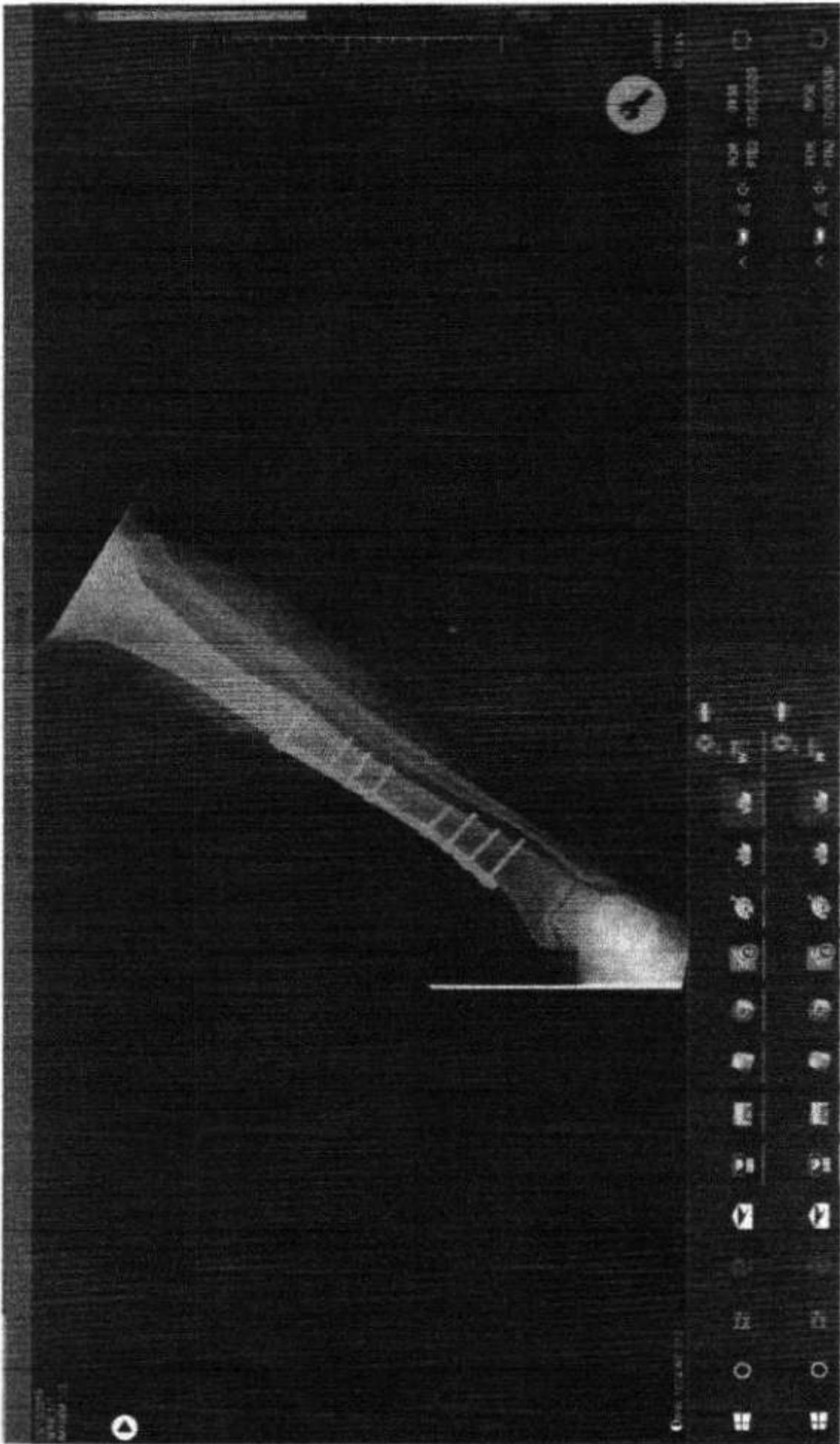
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

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 4252-RN





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34380896

Data 05/12/2019

Pag 1 de 2

Paciente...: 12019213 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Nascimento: 01/05/1967 Sexo: M RG: 96019009920 SSP CE CPF: 42400120315

Endereço: R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA CE 6100000-0 Tel: 987164882

Convenio: HAPVIDA

Matricula: 68964000564006038

Solicitante: Dr(a) RAFAEL BEZERRIL NO G

Queixa Principal:

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDO

!bÉ/R8'

6395124721

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

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 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 34380896

Data 05/12/2019
Pag 2 de 2

Paciente...: 12019213 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
Nascimento: 01/05/1967 Sexo: M RG.: 96019009920 SSP CE CPF.: 42400120315
Endereço...: R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA CE 61000000 Tel: 987164882
Convenio...: HAPVIDA
Matricula...: 68964000564006038
Solicitante: Dr(a) RAFAEL BEZERRIL NOG

Queixa Principal:

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

!bÉ/R9'

6395124722

RELATÓRIO:

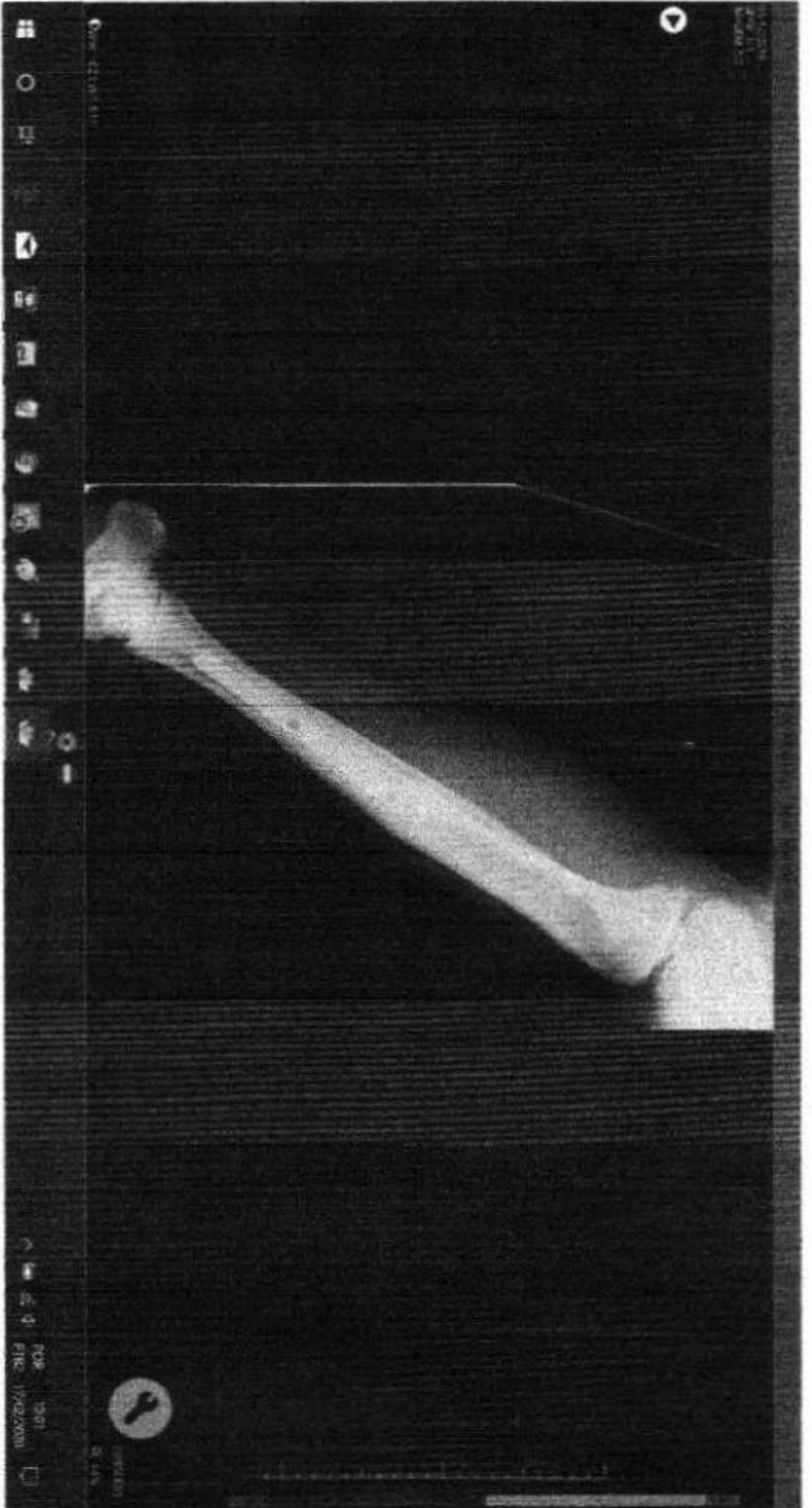
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

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 4252-RN





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAJOX - HAPFOR
NºPedido: 34475447

Data 11/12/2019
Pag 1 de 1

Paciente...: 12019213 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
Nascimento.: 01/05/1967 Sexo: M RG.: 96019009920 SSP CE CPF.: 42400120315
Endereço.: R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA CE 61000000 Tel.: 987164882
Convenio...: HAPVIDA
Matricula.: 68964000564006038
Solicitante: Dr(a) FREDERICO THALES DE

Queixa Principal:

Exame:
RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!c+Ak8'

6406307221

RELATÓRIO:

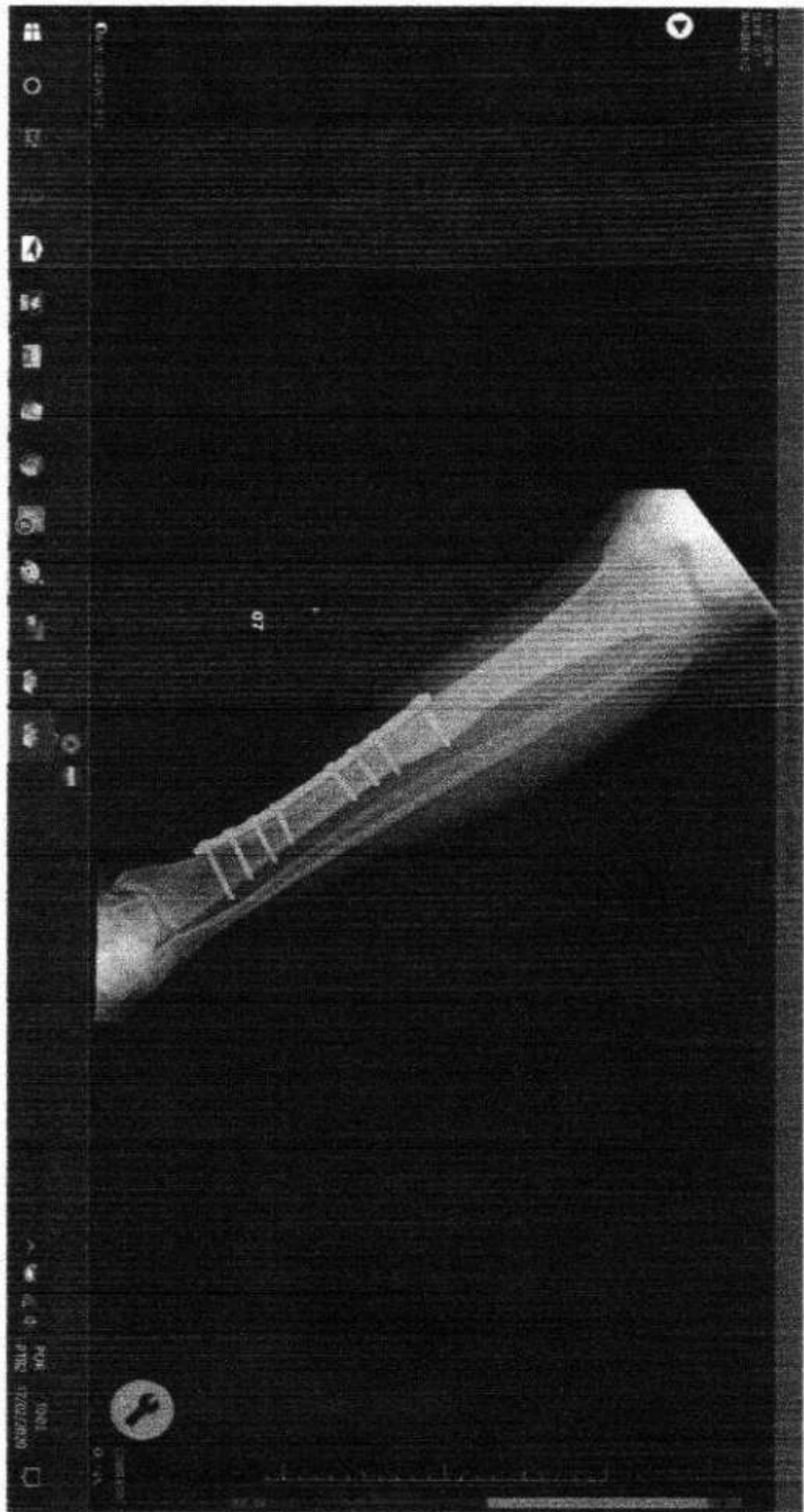
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

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 4252-RN





ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
63765186



27/01/2020 17:45:40

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

Prontuario	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019213	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	M	01/05/1967	52
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
36019009920 SSP CE	42400120315		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA AURELIANO LEAL,1544 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial		Telefone Trabalho		
967164882				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
68964000564006038		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
27/11/2019	11:53		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA - (11 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE O PRONTUARIO

LEANDRA 21082
Assinatura



ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:40

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1957 Atendimento: 63765186 Prontuário: 12019213
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4
 Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1] Nº: 47469684 27/11/2019 às 12:05

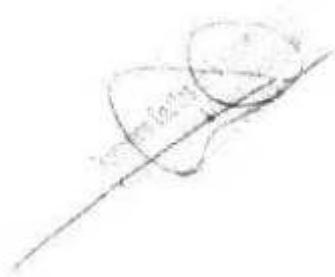
ANAMNESE

Queixa Principal	parte com trauma nas pernas e corte na esquerda	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	S82 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



CONFIRMAÇÃO DE ATENDIMENTO
 LIAMDR O 21082
 Assinatura



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:40

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 63765186 Prontuário: 12019213
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4
 Profissional(is): RAMON DA SILVA COSTA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1341712[?]; Nº: 47480711 27/11/2019 às 16:07

CONTROLE VITAIS		
SINAIS VITAIS		
T	36,9 °C	[1]
PA	130x90	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
GLICEMIA PELA FITA (DX)	105 mg/dL	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	27/11/2019	[1]
Hora	16:08	[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	sim	[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
 LEANDRO 21082
 Assinatura



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:41

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63765186

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E C/ Letta: 133227/4

Profissional(is):

Nº: 47482813 27/11/2019 às 18:54

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

DIPIRONA AMP AMPL 1000MG EV JUSTIFICADO AS . EM POR MOTIVO OK

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRA 21082
Assinatura

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019213	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	M	01/05/1967	52
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
96019009920 SSP CE	42400120315		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA-CE CEP:61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
587164882		MARIA JOSE DE ARAUJO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				<i>Sevir Romu</i>
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR				
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento	
2.../2019	16:58		Clinica	
Médico Atendente			4-CIRURGICA	
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			Tipo Atendimento	
Médico Acompanhante			0-INTERNACAO	
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS				
Avaliação médica				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano CEARA SEGURANCA DE VALORES LTDA		
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
364000564006038			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação		Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CO 01		06
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
436637654	99996666	D42025689	INTERNACAO
436637654	30727138	D42025689	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
436637654	30728142	D42025791	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
436637654	30732026	D42025971	ENXERTO OSSEO

NOTA DE SALA

28/11
4817951
HAFVIDA

Atendimento: 63773270 **Prontuário:** 12019213 **JOSE AUGUSTO DE ARAUJO**
Cirurgia(s): 30727138 **FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI TIPO ANESTESIA: RAQUE+SEDACAO**
 30728142 **LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO** 30732026 **ENXERTO OSSEO**
Sala Cirurgica: SALA CC 05 **Setor Emissor:** CENTRO CIRURGICO - HAPFOR **Apto.:** 1006
Equipe Médica: CIRURGIAG 4094167 SAULO LACERDA BORGES DE SA CRM 14255
 PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO 39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051
 ANESTESISTA 3150747 SABELIO PORCEL PLATA CRM 15375

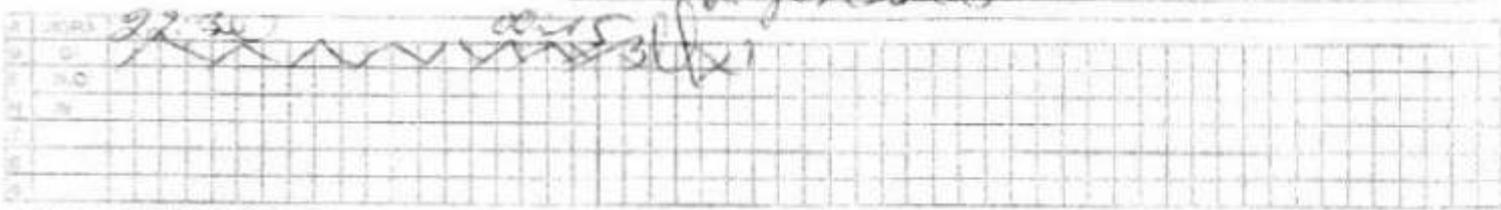
Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	39144	ANTAK 2ML AMPL 2 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 33x4,5 - 1 UD	1	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
118455	AGULHA DESC DE RAQUE N 26 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
118456	AGULHA DESC DE RAQUE N 26 - 1 UD	1	40142	ETORIL AMPL 1 UD	1
77855	AGULHA DESCARTAVEL 25x07 - 1 UD	4	139923	FENTANIL 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40x12 - 1 UD	5	42013	REFAZOL FRAP 1 UD	2
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
31741	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	40037	MIDAZOLAM 15MCG/ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFICO 500 GR	60	124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML	1
27928	ARRUELA P/ MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	43290	RINGER CLACIATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
752357	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	4	43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
81858	CANETA DESCARTAVEL P/ BISTURI - 1 UD	1	39543	TRAMADOL 100MCG/ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML	1
30183	CATETER DE OXIGENIO 1 UD	1	45250	XILOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
30188	CATETER INTRA VENOSO 18 (UEICO) - 1 UD	1			
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (UEICO) - 1 UD	1			
126865	CLOREXEDINA 0,2% AQUECIDA FRAS 1000 ML	250			
135860	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200			
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	4	19	Gases / Aparelhos	
134084	EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD	1	4	TAXA DE SALA	Inicio: 22:30 Fim: 00:15
60997	ESPARADRAPO IMPERIM 10CMX4,5M (TUBO) 450 CM	100	20	TREPANO	Inicio: 22:30 Fim: 00:15
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50	15	OXIGENIO	Inicio: 22:30 Fim: 00:15
130804	EXTENSOR 120 CM (1M) PINCO - 1 UD	1	16	BISTURI ELÉTRICO	Inicio: 22:30 Fim: 00:15
25777	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2	22	MONITORIZAÇÃO	Inicio: 22:30 Fim: 00:15
118486	FIG. MONONYLON (11637) - ETHRON [®] BLK 3-0 ENV 1 UD	1		OXIMETRO DE PULSO	Inicio: 22:30 Fim: 00:15
118536	FIG. MONONYLON (P18637) - ETHRON [®] BLK 3-0 ENV 1 UD	1			
150689	FIG. Q - PG108X VICRYL ENV 1 UD	1			
166563	FIG. Q - PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	2			
133505	GLAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
143220	IVFX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 16 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2			
105112	LATEX RECONIZADO - 1 MT	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA	4			
30660	LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
50827	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/10 PCT 50 UD	5			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	200			
124842	PARAFUSO CORTICAL 1 UD	8			
27520	PLACA DCP 1 UD	1			
130823	PLACA DESCARTAVEL #BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
50845	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30952	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1			
30948	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	2			
30950	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30884	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
50961	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
50881	TORNHEIRA 03 VIAS 1 UD	1			
147256	TRANSFIX 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

FICHA DE ANESTESIA



ANTONIO PRUDENTE

Nome: Jose Augusto de Araujo Data: 25.11.19
 Idade: 52 Sexo: M
 Prontuário: 63773270 Convênio:
 Diagnóstico: Fratura de tibia
 Cirurgia: Fixação Anestesia: Raquele + Sufis
 Cirurgião: Dr. Jose de Araujo ASA: II



Líquidos: DDT
 CARTEOSCOPIO: 100 PRESSÃO NÃO INVASIVA: 100 CAPNOGRAFO: 100 OXÍMETRO DE PULSO: 100 PRESSÃO INVASIVA: 100



DRUGAS	QUANTIDADE	USO	COMENTÁRIOS
Propofol	5ml	Indução	
Propofol	100ml		
Midazolam	5ml	Indução	
Midazolam	5ml	Mantimento	
Atorvastatina	20mg	Previa	
Paracetamol	500mg	Analgesia	
Clonitina	500mg	Analgesia	
Clonitina	500mg	Analgesia	
Clonitina	500mg	Analgesia	

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Intubação:	Ort	Rayn	Sonda:
					Respiração:	Esont	Analst	Mecao
					Aspirador de:	Bev	Com	
					Posição:	La	Local de Função:	24/10
					Agulha:	25	Técnica:	
					Insulã:		Fiscal:	
					Termo:			

Condição final op: Estável
 Intervenções por op: Dr. Sabelio Porcel Plata
 Médico CRM 15.375
 Ass. Anestesiata - CRM: [assinatura]

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/11/2019 00:

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/6

Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA, MÉDICO, CRM 14255 [1] Nº: 47497199 28/11/2019 às 00:18

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S822 [1]
 Diagnóstico Cirúrgico S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 28/11/2019 [1]
 Hora Da Cirurgia 00:18 [1]
 Cirurgia PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE TIBIA COM ENXERTO OSSEO AUTOLOGO + RETENÇIONAMENTO DE LIGAMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO [1]
 Cirurgião SAULO LACERDA BORGES DE SA [1]
 1º Auxiliar JOSÉ NEIAS [1]
 Descrição Cirúrgica PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA ANTISSEPSIA + ASSEPSIA COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS INCISÃO NA REGIÃO DA FRATURA DISSECÇÃO POR PLANOS IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA + REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS UTILIZAÇÃO DE FRAGMENTOS OSSEOS COMO ENXERTO ÓSSEO REALIZADO RETENÇIONAMENTO DE LIGAMENTOS AO NÍVEL DO TORNOZELO CHECAGEM POR ESCOPIA FECHAMENTO POR PLANOS CURATIVO ESTERIL A RPA [1]
 Códigos Dos Procedimentos 30727138 / 30728142 / 30732026 [1]


 Dr. SAULO LACERDA BORGES DE SA
 CRM 14255
 RUA...

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 23:57

Paciente:	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.:	01/05/1967	Atendimento:	63773270	Prontuário:	12019213
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133410/6		
Profissional(is):	FRANCISCO BARROS DE SA COREN 59768 [1] JANE CAROLINA DE ABREU, ENFERMEIRO(A), COREN 445810 [2] JANE CAROLINA DE ABREU COREN 445810 [3]			Nº:	47495781	27/11/2019	às 23:05
DADOS DA ADMISSÃO							
Data Da Cirurgia	27/11/0019			[2]			
Hora Da Cirurgia	22:50			[2]			
Cirurgia	Fratura de tibia esq			[2]			
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA							
Identificação Do Paciente	sim.			[2]			
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.			[2]			
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.			[2]			
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.			[2]			
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.			[2]			
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	Não.			[2]			
Via Aérea Difícil	Não.			[2]			
Confirmação De Vaga Em Utí	Não.			[2]			
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	NÃO.			[2]			
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	sim.			[2]			
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	sim.			[2]			
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.			[2]			
Verificação De Anestésica Concluída	sim.			[2]			
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.			[2]			
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA							
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.			[2]			
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.			[2]			
Paciente Certo	sim.			[2]			
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.			[2]			
Procedimento	sim.			[2]			
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS							
Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.			[2]			
Checgem Completa Dos Equipamentos	sim.			[2]			
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim. kefazol 2g			[2]			
Checgem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.			[3]			
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.			[1]			
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguineas Foram Previstas	sim.			[1]			
	sim.						



ANTONIO PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE PRONTUARIO

Paciente: *Jose Augusto de Almeida 52 anos*

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrição médica diários com carimbos e assinaturas? Sinalizar pendência de medicação alto custo, medicação não padrão e dieta especial, se houver	X		
Sinalizar pendência de parecer médico, se houver isolamento e cuidados paliativos.		X	
Aprezamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepc verificar a existência do fluxo administrativa	X		
Medicações checadas e sem ruídos? 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	
Realizando 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 R.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 prontuario (internado) e no check list (emergência)?	X		
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuario (internado) e no check list (emergência)?	X		IDENTIFICADO!
Prontuarios de alta e óbito, estão evoluídos pelo medico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	X		S/ QUEIXAS

Assinatura do enfermeiro *Jefferson F Carneiro*
COBENACE 19.637-ENF

Assinatura do enfermeiro Lider _____



INSTITUTO
PAULISTA
DE PRESCRIÇÃO
MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1006

Paciente: JOSÉ AUGUSTO DE ARAUJO
 Convênio: HAPVIDA
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
 Dr. Nasc. 01/05/1967
 N° Prescrição: 24798971
 Letto: 1334106
 3/3h ORAL
 Atendimento: 63773270
 Frontal: 11/2019 às 00:14
 Presc. 1334106
 Peso: 70,00 kg

Medicamento	Forma Farmacéutica	Vol. Total	Concentração	Quantidade	Intervalo	Via	Observações	CRM
2. Heparina Sódica	Soro Fisiológico 0,9%	20 RJ	mg/ml	500 ml	7:00	gstrm	Aceno Proféico	CRM-14255
3. CEFALOSPORINA SODICA (1000)	Agua Destilada	1g	118AP	118AP	8h	EV		CRM-14255
4. CETORFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	118AP	118AP	8h	EV		CRM-14255
5. DORONA AMP (500,00mg/ml)	Agua Destilada	1000mg	2ML	2ML	6h	EV		CRM-14255
6. IVAMANDOL (50,00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML	2ML	8h	EV		CRM-14255
7. FLAMET (5,00mg/ml)	Agua Destilada	10mg	2ML	2ML	8h	EV		CRM-14255
8. SONDAGEM VESICAL DE ALUMO								CRM-14255
9. CURATIVO MEDIO SF GAZE ACOTCHOADA								CRM-14255
10. FUNCAO C JILCO								CRM-14255
11. SINAS VITAS								CRM-14255
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS								CRM-14255
13. RETRADA DE DIBINO DE PORTOVAC								CRM-14255
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOTCHOADA MEDIO								CRM-14255
15. COMPRESSAO COM ETER								CRM-14255

Profissional: CRM-14255 SAULO LACERDA BORGES DE SA

Time Nupia
 SAULO LACERDA BORGES DE SA
 CRM-14255

Nome do Paciente: ...
Data de Nascimento: ...
Sexo: ...
Idade: ...
Endereço: ...
Telefone: ...

Nome do Médico: ...
CRM: ...
Endereço: ...
Telefone: ...

Atendimento: ...
Data de Entrada: ...
Peso: 70,00 kg

ACC6 / ...
Emissão: 28/11/2015 09:04

AGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

Medicamento	Fase Única	Vol. Total	500 ml	7.00 gts/min/Acesso Periférico	06:00
2 FISIOLÓGICO 0,9%	20,83 ml/Kcal/dia	500ml			06:00
AZOLINA SODICA (1.00g) 2)	1g	1 FRAP (FRAP C/10G)	8/8h	EV	06:00
Agua Destilada		10ml			
OPROFENO IV (100.00mg)		100mg	1 FRAP (FRAP C/100MG)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%		100ml			06:00
RONA AMP (500.00mg/ml)		1000mg	2 ML (AMP/L C/ 500MG)	6/6h	EV
Agua Destilada		18ml			06:00
MADDOL (50.00mg/ml)		100mg	2 ML (AMP/L C/ 100MG)	8/8h	EV
Soro Fisiológico 0,9%		100ml			<u>SN</u>
<i>vigilância</i>					
VET (5.00mg/ml)		10mg	2 ML (AMP/L C/ 10MG)	8/8h	EV
Agua Destilada		18ml			06:00
DAGEM VESICAL DE ALIVIO					SN
ATIVO MEDIO+SF+GAZE					SN
LCHOADA					SN
CAO C/ JELCO					SN
JS VITAIS					SN
2 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					SN
RADA DE DRENO DE					SN
TOVAC					SN
ATIVO COM ATADURA E GAZE					SN
CHOADA MEDIO					SN

Assinatura

The ...
Medica ...
13.290

Endereço: Rua ...
Cidade: ...
UF: ...

Atividade: ...
CNPJ: ...
Insc. Est.: ...

Atividade: ...
CNPJ: ...
Insc. Est.: ...

PRESSÃO COM ETÉR

SN

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

Legenda horário :

Indica item não administrado.
 Indica item checado.

FIX _____ Ass. _____

Dr. Danilo ...
Medicina
CREMOMG 13.200

TO: LECTURE, BURGESS - HAFBUR

LA 100 1334 1010

Peso: 30.00 kg

Descrição Qtd Descrição Qtd Descrição Qtd Descrição Qtd

3 SCARTAVEL 20 ML SER 20 ML 1
 4 ADA 20ML 20 ML AMP 20 ML 1
 5 OCEAMENTO P CX 50 PA 2
 6 SCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1
 7 4 TOPICO FRAS 1000 ML 5
 8 DROPL 0 - 500 GR 2
 9 JA 10MG/2ML SOL INJ AMP 2ML 1

AMP

3 SCARTAVEL 20 ML SER 20 ML 1
 4 ADA 20ML 20 ML AMP 20 ML 1
 5 OCEAMENTO P CX 50 PA 2
 6 SCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1
 7 4 TOPICO FRAS 1000 ML 5
 8 0 2 ML AMP 2 ML 1
 9 DROPL 0 - 500 GR 2

END IV

1 LOOICO 0.9% 100ML TUBO 100 ML 1
 2 SCARTAVEL 05 ML SER 5 ML 1
 3 OCEAMENTO P CX 50 PA 3
 4 SCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1
 5 4 TOPICO FRAS 1000 ML 10
 6 30R0 SAMPLES - 1 UD 1
 7 4 DROPL 0 - 500 GR 4
 8 40MG IN FRAP 1 UD 1

JA SODICA

1 SCARTAVEL 10 ML SER 10 ML 1
 2 OCEAMENTO P CX 50 PA 3
 3 SCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1
 4 4 TOPICO FRAS 1000 ML 10
 5 LADA 10 ML 10 ML AMP 10 ML 1
 6 AP 1 UD 1
 7 DROPL 0 - 500 GR 4

DE 900.00 VIG:

1 OCECO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML 1
 2 20R0 SAMPLES - 1 UD 1
 3 1 VAG - 1 UD 1

Empenho 30/10/2010



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 63773270	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24799378	28/11/2019 às 01:10	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS / IES	Leito: 221/1	Enfermeiro(a): MARIA MONICA GIRAQ BRITO	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRURGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

DOR

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Mantido:
Mantido Leito Em Posição Adequada/ Graduladas Laterais Levantadas	Mantido:
HIGIENE ORAL E CORPORAL	Mantido:



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 63773270	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 24799383	Data: 28/11/2019 às 01:12	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS-OPER	Leito: 221/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARIA MÔNICA GIRAIO (COREN 407169)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Respiratória	Mantido		
PADRAO RESPIRATORIO	Mantido		
Sinais Vitais - Frequência Cardíaca	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
Sinais Vitais - Temperatura	Mantido		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			

Handwritten signature and a circular stamp, likely a professional seal, located in the lower right quadrant of the page.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1987

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 24796357

27/11/2019 às 18:34

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410E

Enfermeiro(a): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO

Profissionais:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR
CALAFRIO
TRATAMENTO CIRÚRGICO
NAUSEAS
VÔMITOS
SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA 00:00 08:00 16:00

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS 00:00 06:00 12:00 18:00

Jefferson F. Carneiro
COREN/PE 515.537-ENE

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 24796363

27/11/2019 às 18:35

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA

Profissionais: JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO (COREN 519637)

1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO

Pressão Arterial

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS


Jefferson F. Carneiro
COREN CE 519.537-ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - I APFOR

28/11/2019 01:10

 Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
 Convênio: HAPVIDA

 Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213
 Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 221/1

Profissional(is): MARIA MONICA GIRAIO BRITTO - ENFERMEIRO(A) COREN 407189 [1] Nº: 47498016 28/11/2019 às 01:06

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

01:07 - J. A. A. 52 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA PROVENIENTE DO CC. APÓS REALIZAR CIRURGIA DE FRAT. DE TIBIA E SO. COM DR. SAULO, SOB SEDAÇÃO + RAQUI COM DR. SABELIO. O MESMO EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO E RESPONSIVO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOTERMICO, NORMOCARDICO, COM AVP EM MSD PI HV, PERVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO EM INCISÃO CIRURGICA E SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E ENCAMINHADO AO LEITO.

[1]

 PA: 145 X 06
 SAT: 91%
 FC: 66 BPM
 FR: 18 RPM

****PULSEIRA EM MSD****

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 18:46

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]

Nº: 47487187 27/11/2019 às 18:35

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

CLIENTE J.A.A. 52 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NESTA UNIDADE COM PROCEDIMENTO PROPOSTO DE FRATURA DE TIBIA ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO [1]

#ALERGIAS: NEGA
#COMORBIDADES: HAS
#EXAMES: RX + ECG + LAB

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO JEJUM COMPLETO, ESTAVEL, EM REPOUSO NO LEITO, PELE INTEGRAS, EM RELAÇÃO LPP, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ENFA LEILAN CIENTE ÀS 14:59H, AGUARDA REALIZAR, SOB CUIDADOS DA EQUIPE

GERENCIAMENTO DE RISCO

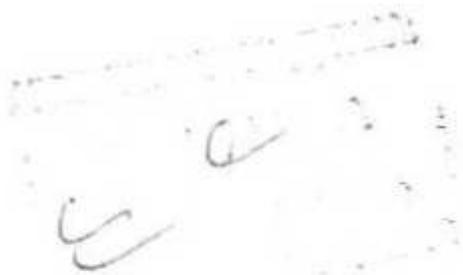
RISCO DE QUEDA: manter leito com grade elevada.
RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: atenção ao manuseio, orientar o paciente quanto aos dispositivos em uso
RISCO DE FLEBITE: inspecionar membro acometido com dispositivo periférico, realizar desinfecção das conexões, monitorar temperatura e avaliar sinais de desconforto no local do CVP

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519.637-ENF



MINIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: JOSÉ AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc. 01/05/1967
Convênio: HAPYEDA N° Prescrição: 24802016 28/11/2019 às 08:53 Atendimento: 63773270
Posto: POSTO 1A - HAPYOR Letici: 1006/1 Resol: 70,00 kg
Precedente: 12019213

1. DIETA - GERAL - ADULTO / PARA A IDADE 331 - ORAL CRM-16896

2. Hidratação Venosa Fase Única Vol Total 500 ml 720 g/sem Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20,03 mL 500 ml CRM-16896

3. CEFASOLINA SODICA (1,00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/1GR) 87h EV CRM-16896
(0,123) Água Destilada 10 ml

4. CETOPROFENO IV (100,00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/100MG) 87h EV CRM-16896
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

5. DIFERONA AMP (500,00mg) 1000mg 2 ML (AMP C/500MG) 87h EV CRM-16896
Água Destilada 18 ml

6. IRAMADOL (50,00mg) 100mg 2 ML (AMP C/100MG) 87h EV CRM-16896
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

7. PLAMET (5,00mg/ml) 10mg 2 ML (AMP C/10MG) 87h EV CRM-16896
Água Destilada 18 ml

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO SN CRM-16896

9. CURATIVO MEDIO-SF-GAZE ACOCHADA CRM-16896

10. PUNÇÃO C/ JELCO SN CRM-16896

11. SNAS VITAS SN CRM-16896

12. GEL O/15 MINUTOS A CADA 4 HORAS SN CRM-16896

13. REBRADA DE DRENO DE PORIOVAC SN CRM-16896

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHADA MEDIO SN CRM-16896

15. COMPRESSÃO COM TER SN CRM-16896

16. Ansa em 28/11/2019 ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO SN CRM-16896

Ass dados por: RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA

Profissionais: CRM-16896 RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA CAMPOS ASSIAGA

Rafael Bezerra Nogueira
Inpedia / Traumatologia
CRM-CE 8268

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: JOCE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213
 Convenio: HAP/VIDA Nº Prescrição: 0024802016 28/11/2019 às 08:53
 Posto: POSTO 1A - HAPFOR Letto: 1006/1 Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

APRESENTA RISCO(S) PARA:
 LP QUEDA
 FLEBITE INFECÇÃO
 BRONCOASPIRAÇÃO
 PERDA DE DISPOSITIVO

1	DETAGERAL ADULTO / PARA A EDADE	3/3h	ORAL			
2	Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total	500 ml	7,00 gts/min	Acesso Periférico
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% (D1/2)	Agua Destilada	20,83 ml	1g	500ml	
4	CETOPROFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	100 ml	8/8h EV
5	DIFIRONA AMP (500,00mg/ml)	Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMP C/ 500MG)	18 ml	6/6h EV
6	TRAMADOL (50,00mg/ml)	Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	2 ML (AMP C/ 100MG)	100 ml	8/8h EV
7	PLAMET (5,00mg/ml)	Agua Destilada	10 mg	2 ML (AMP C/ 10MG)	18 ml	8/8h EV
8	SONDAGEM VESICAL DE ALVINO					SN
9	CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA					SN
10	PUNCAO C/ JELCO					SN
11	SINAIS VITAIS					SN
12	GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS					SN
13	RETRADA DE DRENO DE PORTOVAC					SN
14	CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					SN
15						SN

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 28/11/2019 11:32

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	DI. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 63773270	Prontuario: 12019213
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0024902016	28/11/2019 às 08:53	
Posto: POSTO 1A - HAPFOR	Leito: 1006/1	Peso: 70,00 kg	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
SN			
COMPRESSÃO COM ÉTER			
ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO			
16. Alta em: 28/11/2019			
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			
HORÁRIOS			

Preparar para o SN
ENTEROFIX Ass

Legenda horário : indica item não administrado.
 indica item checado





Associação
Protertia

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213
 Convento: HAPVIDA Nº Prescrição: 0024802016 28/11/2019 às 08:53
 Posto: POSTO 1A - HAPFOR Leito: 1006/1 Pesc: 70,00 kg

GASTOS

Descrição	Qtd	Descrição	Qtd	Descrição	Qtd	Descrição	Qtd





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/11/2019 11:33

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuario: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: PÓSTO 1A - HAPFOR

Leito: 1006/1

Profissional(is): LELIANE SUMAVA AVILA DA SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 414678 (1) Nº: 47514403 28/11/2019 às 11:32

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

J.A. 52 ANOS, SEXO MASCULINO, HD: 1 PO CIRURGIA DE PRAT DE TBA ESQ. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO E RESPONSIVO. EQUIPE EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOTERMICO, NORMOCARDICO. COM AVP EM MSD P/ HV, PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. CURATIVO LIMPO EM INCISÃO CIRÚRGICA E SEM QUEBRAS ALGECAS NO MOMENTO. SEGUIE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ALTA

(1)

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

(1)

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/11/2019 00:

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA, MÉDICO, CRM 14255 [1]

Nº: 47497087 28/11/2019 às 00:10

IDENTIFICAÇÃO

Nome JOSÉ AUGUSTO DE ARAUJO [1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário S622 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal OSTEOSSÍNTESE TORNOZELO [1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias 2 Dias [1]

Dr. Saulo Lacerda Borges de Sa
CRM 14255
TEC 146.899



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/11/2019 00:

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA, MÉDICO, CRM 14255 [1]

Nº: 47497193 28/11/2019 às 00:17

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE TIBIA COM ENXERTO OSSEO AUTOLOGO + RETENÇIONAMENTO DE LIGAMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO	[1]
CID 10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]



Dr. Saulo Lacerda Borges de Sa
 CRM: 14255
 TEO: 15.359

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/11/2019 10:45

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 63773270	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1A - HAPFOR	Leito: 1006/1	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 (1)	Nº: 47511816 28/11/2019 às 10:44		

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

RESUMO DE ALTA / TRANSFERENCIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/11/2019 00:

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA, MÉDICO, CRM 14255 [1]

Nº: 47497546 28/11/2019 às 00:39

DIAGNÓSTICOS

CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
-------	----------------------------------	-----

CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
-------	----------------------------------	-----

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada	OSTEOSSINTESE TIBIA	[1]
--------------------	---------------------	-----

Cirurgião	SAULO LACERDA	[1]
-----------	---------------	-----

Data da Cirurgia	27/11/2019	[1]
------------------	------------	-----

Dr. Saulo Lacerda
CRM 14255
TEL: 19.389

(Preencher quando não houver anotação)

Nome completo (paciente): _____

CPF: _____

Data de nascimento: _____

USUÁRIO: _____

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 anestesiológico abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Riquinilic ou a seguinte alternativa anestésica _____

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 anestesiológico. 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) Foi 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 foi 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 ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológico 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) Foi 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. Foi informado também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando 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.

27 de 11 de 2019

Horas: 21:25

Nome legível: A. José Augusto de Azevedo

Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____

CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

Nome legível: Dr. Sabele Portel Pina Médico CRM 15375
Visto do carimbo com CRM e visto

POSOX SUP HESD
PUL HESD
L: 1006



ANTONIO PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 25/11/19

Nº PRONTUÁRIO: 63473270

NOME COMPLETO: Suzana Prudente de Almeida DATA NASC: 01/10/67 IDADE: 52 PESO: 60 SEXO: F

CIRURGIA REALIZADA: Proctomia de T. Colon E CIRURGIÃO: Paulo HORA DA ENTRADA NA RPA: 00:30

HORA	PA (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (lpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
00:30	35/16/0	64	18	36,5	-	96	0	Recuperação
00:45	30/09/0	65	18	36,5	-	94	0	Procurando
00:50	34/9/66	66	18	36	-	90	0	Recuperação
01:00	34/11/64	64	18	36	-	94	0	Recuperação
01:15	30/8/2	66	18	36	-	93	0	Recuperação
01:30	34/6/80	81	18	36	-	95	0	Recuperação
01:35	35/7/68	69	18	36	-	96	0	Recuperação

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

Movimentação dos quatro membros	2
Atividade Muscular	1
Respiração	2
Circulação	2
Consciência	2
Saturação de O ₂	1

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK	HORA	
	00:30	01:30
CONSCIÊNCIA	1	2
ATIVIDADE	1	2
RESPIRAÇÃO	2	2
CIRCULAÇÃO	2	2
SpO2	2	2
TOTAL	8	10

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO DA ALTA: 08:30h

MEDICO(A): [Assinatura]

ENFERMEIRO(A): [Assinatura]

Nome completo: **Jose Augusto de Almeida** Data de nascimento: **15/05/1955** Nome do registro hospitalar: **804**

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Unidade de destino: **804** / Término de internação: **15/05/1955** / Médico: **Flávia**

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: **Alta médica**
 Diagnóstico: **Infarto de Miocárdio**
 Sinais Vitais: **PA: 120/80 mmHg**
 SpO2: **98%** Escala de dor: **0**

Medicamentos em uso: **Aspirina, Clopidogrel, Nifedipina**

Riscos gerenciados: **Queda, Hemorragia, Infecção**

Procedimentos realizados: **ECG, Radiografia de Tórax**

Suporte de cuidado: **Monitoramento vital**

Acesso vascular: **AVC**

Sondas e dispositivos: **Não há**

Leito de apoio: **101**

Cuidados: **Higiene das mãos**

Prevenção: **Anticoagulação**

Monitoração: **FC, PA, SpO2**

Nível de consciência: **Alerta**

Localização: **Unidade de Terapia Intensiva**

Tempo utilizado: **15 dias**

Antecedentes: **Hipertensão, Diabetes**

Alérgico: **Não**

Procedimentos realizados: **ECG, Radiografia de Tórax**

Valor de testes diagnósticos: **ECG: 150, 160, 170**

Registrar dados em anexo: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 24 horas: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 72 horas: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 15 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 30 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 90 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 180 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 360 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 720 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 1080 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 1440 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 2160 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 2880 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 3600 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 4320 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 5040 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 5760 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 6480 dias: **Sim**

Registrar dados em anexo das últimas 7200 dias: **Sim**

CAMPO PARA PARECER

For realizado o exame: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

MENTO EXCLUSIVO DA VIDA E IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

AVALIAÇÃO

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

BREVE HISTÓRICO

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

AVELIAÇÃO

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**

Sinais Vitais: **PA: 120/80**

For encaminhado para outra unidade: **Sim**

Conduta médica: **Sim**

Pariente apresenta alteração: **Sim**

For realizado o exame: **Sim**

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

RECOMENDAÇÕES

Nome/Camada do Enfermeiro: **Flávia**

ou Técnico de Radiologia Responsável: **Flávia**



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

Nome: Jose Augusto de Araujo
 Data Nascimento: 01/05/1967
 Atendimento: 63773270
 Data: 27/11/2019

Médico: Dr. Saulo
 Procedimento: Fratura de Tibia
 Técnicos de sala: Carlyza
 Houve mudança de equipe durante o procedimento: Sim () Não (X)
 OBS: Se a resposta for SIM, colocar nomes: _____

NOME BANDEJA	DATA ESTERELIZAÇÃO	Nº CAIXA CIRÚRGICA	LOTE	RESPONSÁVEL PELO PREPARO DA BANDEJA

CENTRO CIRÚRGICO ANTONIO PRUDENTE
 CENTRAL DE MATERIAIS
 ETIQUETA DE ID

Nome do Cirurgião: Lapandomia
 Nº Caixa Cirúrgica: 0817
 Data de Esterelização: 18.11.19
 Data Limite para Uso: 18.05.20
 Nº LOTE: 7811.2019
 Data de Validade: 25.11.2019 04

À VAPOR

LSI 9
 HYBLE
 101

**QUETAS DE
ÓDIGOS E**

ANEXAR ESTE IMPRESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	José de Aguiar de Abreu
Data de nascimento	03/05/1947
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Luison (filho)
Procedimento a ser realizado	Fratura de Tábua E

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		
Possui alergia a medicação?		X	
Faz uso de alguma medicação?	X		Widobrosteína
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?	X		
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		Retirado de dente
Identificação com pulseira	X		MSD

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré operatório				
Tricotomia cirúrgica				

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade		X	
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou:

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião	X		
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica	X		

4. SSVV:

PA	148190
T	36
FC	81
FR	18

Som 100

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

ANTONIO
PRUDENTE

Nome do Paciente:		
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) Gala Iervolino 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 procedimento (s) OS 4.ª série 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 consultar, 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, _____ de _____ de 20 _____

X José Augusto
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO 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, 27 de novembro de 20 19

Dr. Paulo Roberto
CRM: 14255
TE: 15.369

Assinatura/ Carimbo do Médico

204



Nome completo: Dr. Augusto de Azevedo Data de nascimento: 02/05/1963 Número do registro: _____

TRANSFERENCIA ENTRE UNIDADES

Data: 02/05/13 Hora: _____ Unidade de origem: U. de Pronto Soc. Unidade de destino: U. de Pronto Soc.

Responsável pelo transporte: Técnico de Enfermagem Enfermeiro Médico Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S

Motivo da transferência: Transferência

Diagnóstico(s): Fúnculo de Tórax

Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm T: _____ °C

SpO2 % Escala de dor _____

Medicamentos em uso _____

Riscos gerenciados Não se aplica Flebite TEV LPP Queda Outros: _____

Protocolos gerenciados Não se aplica Sopro Dor torácica Outros: _____

Suporte de oxigênio Não Sim Cateter U/min Nebulização U/min Ventilação r

Acessos vasculares Não Sim CVC CCVP PICC Port a 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 Aerosóis Gotículas

Monitorização Não Sim Qual?: _____

Nível de consciência Consciente Confuso Sonolento Comatoso

Locomoção Deambula sem auxílio Deambula com auxílio Acamado

Transporte utilizado adeira de rodas Maca Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

B

Antecedentes Não Sim HAS DM AVC DPOC Outros _____

Alergias Não Sim Qual?: _____

Procedimentos realizados Não Sim Qual?: _____

Valores, crenças, barreiras Não Sim Qual?: _____ Data: _____

AVALIAÇÃO

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENDAÇÕES

R

Recomendações especiais e pendências Não Sim Qual(s)?: _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem: 27.02.13 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 incoerência durante o exame: Não Sim Qual: _____

Conduta imediata: Não Sim Qual: _____



Nome completo: Flávia Vinícius de Jesus Data de nascimento: 02/05/1967 Número do registro: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 07/07 Hora: _____ Unidade de origem: _____ Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: Técnico de Enfermagem Enfermeiro Médico Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S

Motivo da transferência: paciente de Tuberculose (3)

Diagnóstico(s): _____

Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm T: _____ °C

SpO2 _____ % Escala de dor _____

Medicamentos em uso _____

Riscos gerenciados Não se aplica Flebite ITEX RPP Queda Outros: _____

Protocolos gerenciados Não se aplica Sepsis Dor torácica Outros: _____

Suporte de oxigênio Não Sim Cateter U/min Nebulização U/min Ventilação _____

Acessos vasculares Não Sim CVC CVP PICC Port e 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 _____

BREVÊ HISTÓRICO

B

Antecedentes Não Sim HAS DM AVC DPOC Outros: _____

Alergias Não Sim Qual?: _____

Procedimentos realizados Não Sim Qual?: _____ Data: _____

Valores, crenças, barreiras Não Sim Qual?: _____

AValiação

A

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

RECOMENdações

R

Recomendações especiais e pendências

Não Sim Qual(s)?: _____

Exames Pendentes: _____

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem: J. L. 19 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: _____



MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

RESULTADO RISCO ALTO RISCO MODERADO RISCO BAIXO

SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS - ESCORE

ENTREIMAGEM - CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR...

Isis Capriles de Camp
FISIOLÓGICA DE CAMP

AVANÇO DO NÍVEL DE BRONCOESPANÇÃO
Código: _____
FARM. GERAL DA QUADRA
Página: 1 de 2
Data de Avaliação: _____

EXAME DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA GUERDA

PROFESSOR

[Handwritten signature]
Nome do docente
N.º do protocolo
Data

Código
ORMUTÁRIO 015

SETOR GESTÃO DA QUALIDADE

Página

[Handwritten signature]
Data de assinatura

CT 05.1562

2 + 12.13

COM. Nº 19.637-ENG
F. CARREIRO

13/6
L
L
L
L
L
L
L
L

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 23:57

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 63773270	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/6	
Profissional(is): FRANCISCO BARRIOS DE SA COREN 98765 [1] JANE CAROLINA DE ABREU, ENFERMEIRO(A), COREN 445910 [2] JANE CAROLINA DE ABREU COREN 445910 [3]		Nº: 47495781	27/11/2019 às 23:05
DADOS DA ADMISSÃO			
Data Da Cirurgia	27/11/0019		[2]
Hora Da Cirurgia	22:50		[2]
Cirurgia	Fratura de tibia esq		[2]
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
Identificação Do Paciente	sim.		[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.		[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.		[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.		[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.		[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	Não.		[2]
Via Aérea Difícil	Não.		[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.		[2]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	NÃO.		[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	sim.		[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	sim.		[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.		[2]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.		[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.		[2]
ANTES DA INCISÃO CIRURGICA			
Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.		[2]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.		[2]
Paciente Certo	sim.		[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.		[2]
Procedimento	sim.		[2]
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS			
Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.		[2]
Checgem Completa Dos Equipamentos	sim.		[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim. kefazol 2g		[2]
Checgem Completa Das Medicções Anestésicas	sim.		[3]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.		[1]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.		[1]
	sim.		

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 23:58

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/6

Término Da Cirurgia	10:10	[1]
Instrumentador	Alves	[1]
Circulante	cadja	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	dorsal	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	MIE	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	5 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 2	5 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acrescentadas 3	10 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	30 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[1]
Exames De Imagem	s	[1]
Clorexedine Alcoólico	s	[1]
Clorexedine Degermante	s	[1]
Tipo	Elétrico.	[1]
Número De Série	cob013	[1]
Material	sim	[1]
Fornecedor	ortogentises	[1]
Data Da Esterilização	26/11/0019	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	Integro	[1]
Grau De Contaminação	Limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	srpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		[1]
Horário De Saída Da S.O	10:25	[1]
SINAIS VITAIS		
PA	120x87	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	90 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	27.11.19	[1]
Hora	23:30	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	paciente admitido no cc na su5 consciente, orientado, verb, para ato cirurgico de Fratura de tibia com DR. Saulo anestesia raque mais sedação com DR. Sabelio sem intercorrência cirurgico na sala encaminhado para srpa.	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 23:57

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 63773270	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Letto: 133410/6	
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas			
[1]			
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO			
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.		[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	sim.		[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não.		[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.		[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.		[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.		[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 23:58

 Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/6

 Profissional(is): FRANCISCO BARROS DE SA, ENFERMEIRO(A), COREN 59758 [1] Nº: 47485893 27/11/2019 às 18:29
 JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519987 [2]

PACIENTE

Data De Admissão 27/11/2019 [2]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência [2]

Data Da Cirurgia 27/11/2019 [2]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE TIBIA ESQUERDO [2]

Pulseira De Identificação MSD [2]

Comorbidades NEGA [2]

Nome, dosagem, frequência NÃO TOMA [2]

Alergia- Descrição NEGA [2]

Tabagista Não [2]

Etilista Não [2]

Internações Anteriores SIM [2]

Motivo das Internações CIRURGIA [2]

Cirurgias Anteriores Sim, FIRMOSE [2]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa [2]

Orientações Ao Paciente Cirurgia [2]

Reserva de Hemoderivados Não [2]

Reserva de Hemoderivados [2]

Higienização Sim [2]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [2]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum Sim [2]

CONFORTO
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 27/11/2019 [2]

Hora 18:33 [2]

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento cadja [1]

Hora 22:00 [1]

Sala 05 [1]

Condições Da Pele ao início da cirurgia integro [1]

início Da Anestesia 22:20 [1]

Término Da Anestesia 00:15 [1]

início Da Cirurgia 22:50 [1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 18:33

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 [1]

Nº: 47486893 27/11/2019 às 18:29

PACIENTE

Data De Admissão

27/11/2019

[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Emergência

[1]

Data De Cirurgia

27/11/2019

[1]

Procedimento Cirurgico Proposto

FRATURA DE TIBIA ESQUERDO

[1]

Pulseira De Identificação

MSD

[1]

Comorbidades

NEGA

[1]

Nome, dosagem, frequência

NÃO TOMA

[1]

Alergia- Descrição

NEGA

[1]

Tabagista

Não

[1]

Etilista

Não

[1]

Internações Anteriores

SIM

[1]

Motivo das Internações

CIRURGIA

[1]

Cirurgias Anteriores

Sim FIRMOSE

[1]

Avaliação Das Condições Emocionais

Cooperativa

[1]

Orientações Ao Paciente

Cirurgia

[1]

Reserva de Hemoderivados

Não

[1]

Reserva de Hemoderivados

Sim

[1]

Higienização

Sim

[1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem

Sim

[1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum

Sim

[1]

CONFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

27/11/2019

[1]

Hora

18:33

[1]

INTRA-OPERATÓRIO

PÓS-OPERATÓRIO

Jefferson F. Carneiro
COREN-CE 519 637-ENF

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 18:28

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 519637 (1)

Nº: 47486619 27/11/2019 às 18:23

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	27/11/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	A DEFINIR	[1]
Cirurgia	FRATURA DE TIBIA ESQUERDO	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMG CIRURGICO	[1]
Identidade Do Paciente	Sim	[1]
Exames Complementares	Sim, RX + ECG + LAB	[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]
Banho Pre-Operatório	Sim	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM	[1]


Jefferson Carneiro
COREN Nº 519.637-ENF



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
64651121



27/01/2020 17:46:25

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019213	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	M	01/05/1967	52
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
96019009920 SSP CE	42400120315		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA AURELIANO LEAL, 1544 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987164882				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
68964000584006038			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
09/01/2020	13:36		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
72940158 LUCIANA CASCAO LIMA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:44

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 84651121	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [1]	Nº: 49261798	09/01/2020	às 13:49

ANAMNESE

Queixa Principal	RELATA FRATURA PERNA ESQ RETORNO PARA DR SAULO RX	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	T12 FRATURA DO MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	T12 FRATURA DO MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	T12 FRATURA DO MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:44

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 64651121	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA CRM 14255 [1]	Nº: 49265262	09/01/2020	## 15:08

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
------------------	-----	-----

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	09/01/2020	[1]
--------------	------------	-----

Hora Da Alta	15:08	[1]
--------------	-------	-----

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:44

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 64651121

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA CRM 14255 [1]

Nº: 49265170 09/01/2020 às 15:05

ANAMNESE

Queixa Principal	45 DIAS PO OS TIBIA DIAFISÁRIA DANDO CARGA PARCIAL ORIENTO COMEÇAR O DESMAME DA MULETA ORIENTO, MANTER FISIO, RETORNO EM 15 DIAS	[1]
------------------	---	-----

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
---------------------	-----------------------------	-----

CID10	M959 DEFORMIDADE ADQUIRIDA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR NAO ESPECIFICADA	[1]
-------	---	-----

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

Comorbidades	Não	[1]
--------------	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	M959 DEFORMIDADE ADQUIRIDA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR NAO ESPECIFICADA	[1]
-------	---	-----

CID10	M959 DEFORMIDADE ADQUIRIDA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR NAO ESPECIFICADA	[1]
-------	---	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
64360484



27/01/2020 17:46:15

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019213	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	M	01/05/1967	52
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
96019009920 SSP CE	42400120315			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA AURELIANO LEAL, 1544 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residência	Telefone Trabalho			
987164882				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	CEARA SEGURANCA DE VALORES LTDA		
22 HAPVIDA	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
68954000564006038			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
25/12/2019	09:10		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
4094107 SAULO LACERDA BORGES DE SA		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA - (1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:43

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 64360484 Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA CRM 14265 [1] Nº: 48642460 25/12/2019 às 09:12

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA TÍBIA DIAFISÁRIA [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S822 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S822 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA [1]

CID10 S822 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:44

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 64360484	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 34108 [1]	Nº: 48643052	25/12/2019	às 09:35
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim		[1]
DATA/HORA DA ALTA			
Data Da Alta	25/12/2019		[1]
Hora Da Alta	09:35		[1]



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
64083072



27/01/2020 17:46:04

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019213	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	M	01/05/1967	52
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
96019009920 SSP CE	42400120315		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA AURELIANO LEAL,1544 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987164882				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
88964000564006038			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/12/2019	09:57		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1960350 MARCUS VENICIUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:42

Paciente:	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.:	01/05/1967	Atendimento:	64083072	Prontuário:	12019213
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI		Leito:	133229/2	
Profissional(is):	FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1]		Nº:	48073755	11/12/2019	às	10:04
ANAMNESE							
Queixa Principal	PCTE PO COM COLEGA VEIO PARA RETORNO						[1]
Queixa Principal							[1]
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>						[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA						[1]
Alergias	Não						[1]
Medicação Em Uso	Não						[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não						[1]
Comorbidades	Não						[1]
DIAGNÓSTICO							
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA						[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA						[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:43

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 64083072

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133229/2

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 (1)

Nº: 48061136 11/12/2019 às 12:21

ANAMNESE

Queixa Principal

15 DIAS DE POS OP DE FRATUA DE TIBIA COM PLACA
RETIRADA DE PONTOS

(1)



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
63951247



27/01/2020 17:45:51

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019213	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	M	01/05/1967	52
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
96019009920 SSP CE	42400120315		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA AURELIANO LEAL, 1544 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987164882				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
68964000564006038		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
05/12/2019	10:25		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA -1.10: MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:42

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 63951247 Prontuário: 12019213
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/2

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 0260 [1] Nº: 47820062 05/12/2019 às 11:21

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM 07 DIAS D EPOS OP DE PERNA ESQ	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:42

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 63951247	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/2	
Profissional(is): CLAUDIA DE CASTRO GOMES COREN-429251 [1]		Nº: 47828416	05/12/2019 às 14:22

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim	[1]
---	-----	-----

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CURATIVO COM IRUXOL/KOLAGENASE GRANDE JUSTIFICADO AS 14:12, EM 05/12/2019 POR CLAUDIA DE CASTRO GOMES, COREN/CE 429251. MOTIVO: REALIZADO	[1]
--	---	-----

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[1]
Queda Adulto (Morse)	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[1]
Flebite	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[1]

**ANTONIO PRUDENTE****FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**Atendimento
65328290**!dCu}****ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL**

20/02/2020 10:33:49

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019213	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	M	01/05/1967	52
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
96019009920 SSP CE	42400120315			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA AURELIANO LEAL,1544 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 81000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987164882				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
68964000554006038			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/02/2020	14:00		8 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
2742390 GUILHERME DE CASTRO OLIVEIRA		1-MEDICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - (1.10) LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/02/2020 10:34

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 65328290	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): GUILHERME DE CASTRO OLIVEIRA CFM 15901 [1]		Nº: 50487070	06/02/2020 às 14:06

ANAMNESE		
Queixa Principal	FRATURA DE TIBIA ESQUERDA EM POS OP CD: SOLICITO RX AO DR SAULO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
EXAME FÍSICO		
Nível De Consciencia	0	[1]
Resposta Motora	6	[1]
Resposta Verbal	5	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
CID10	S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/02/2020 10:34

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 65328290 Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA Posto: Leito: /

Profissional(is): SAUL D LACERDA BORGES DE SA CRM 14255 [1] Nº: 50490118 06/02/2020 às 15:08

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente Sim [1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta 06/02/2020 [1]

Hora De Alta 15:08 [1]



ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/02/2020 10:34

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 65328290	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA CRM 14256 [1]		Nº: 50490073	08/02/2020 às 15:07

ANAMNESE

Queixa Principal

OS FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA EM 27/11
SEM QUEIXAS. DEAMBULANDO SEM DIFICULDADE FO FECHADA.
ULTIMA REAV EM 2 SEMANAS APÓS CONCLUIR A FISIO.

[1]

ANEXO
30/1/20

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: SAULO LACERDA BORGES DE SA

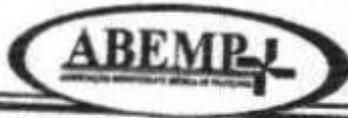
Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Data do Atendimento: 09/01/2020

RECEITA

DETLHARD PARA DEVIDOS FINS QUE PACIENTE ACMA APRESENTOU FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA EM 27/11/2019, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA NO MESMO DIA, NO MOMENTO, SEGUE EM ACOMPANHAMENTO E REALIZANDO FISIOTERAPIA

Dr. Saulo Lacerda
—CREMEC: 14255
TEOT: 15.369



FILIADA À FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

por Augusto de Aracy

fx export a thero p

tr Simoes

~~08/12/2019~~
~~Dr. Walter~~

VYGEMIII

Paulo Ezequiel Prota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 9314 SBO: 11289

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 9.8705-3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	Luís Carlos de Azevedo
CRM:	20122 UF: RJ
Endereço Completo e Telefone:	
R. de Laranjeiras 123	
Cidade:	Maracanã UF: RJ

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Luís Carlos de Azevedo
Médico
CRM RJ 20122

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

Paciente: José Augusto de Azevedo
Endereço: Rua Azevedo Lenz 1.º 1544

Prescrição: Uso Oral

30 Cápsulas 500mg - 05x

Como DSC de 05 dias por 07 dias.

Data 10/12/09

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: José Augusto de Azevedo	Assinatura do Farmacêutico
Identificação do Emissor: 55 p	Data:
End: Rua Azevedo Lenz	
UF: RJ	
Cidade: Maracanã	
Telefone: 85 - 987164888	

Entregar ao Sr. Fernandes



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) JOSE AUGUSTO DE ARAUJO às 11:02, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dia(s), a partir de 27/11/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S823

Código da Doença

22/11/2019

Local e Data

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

Apelo a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHCLC19Z300K0

NO ME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
048.217.413-77 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

Igor Vancélus Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR
1545039440

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 015383620102
 VIA 1 1042103159 0000000000 2019

JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
 FORTALEZA / CE

42400120315
 9C2KD0800FR016349
 PMJ9896/CE

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
 HONDA/NXR160 BROS ESD
 2P/OCV/162CC
 PARTIC
 PRETA

80.11 0.32 84.58
 07/08/2019

FORTALEZA
 Igor Pontes
 Superior Técnico DE INOV-CE
 27/08/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015383620102 BILHETE DE SEGURO DPVAT

42400120315
 15383620102
 88111880847

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

VIA 1
 1042103159
 2015 09
 9C2KD0800FR016349

36.05
 4.01
 40.05

4.15
 0.32
 84.58
 07/08/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 MOTOR: KD08E0F016349



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE Nº 015383620102
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA CDD: RENAVAM: 1042103159 RUA TRC: 00000000000 Exercício: 2019

JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
 FORTALEZA / CE

42400120315 PLACA: PMJ9896/CE
 9C2KD0800FR016349

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO
 HONDA/NXR160 BROS ESD 2015 2015
 2P/OCV/162CC PARTIC. COB. PROTEGIDA PRETA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11
 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58
 DATA DE PAGAMENTO: 07/08/2019

FORTALEZA
 Igor Pontes
 Superior Técnico DE INOV-CE
 DATA: 27/08/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015383620102 BILHETE DE SEGURO DPVAT

42400120315 PLACA: PMJ9896 /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 88111880847

VIA 1
 RENAVAM: 1042103159
 42400120315 PLACA: PMJ9896

HONDA/NXR160 BROS ESD
 2015 09
 9C2KD0800FR016349

PREMIO TARIFARIO 36.05
 4.01
 4.15
 0.32
 84.58
 DATA DE COTAÇÃO: 07/08/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 MOTOR: KD08E0F016349



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200090587

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Data do acidente: 27/11/2019

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDO-P.3,44.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
P.1,19,20,24,25,44.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: - VÍTIMA COM 52 ANOS./EXAME DE IMAGEM-P.3-17./FOLHA CIRÚRGICA E FOLHA DE ANESTESIA-P.24,25.
- VÍTIMA JÁ INDENIZADA ATRAVÉS DOS SINISTROS 2013/333266(AMD) E 2014/400922(JUD)PARA DÉFICIT LEVE DA REGIÃO ACOMETIDA PELA LESÃO.
OBS.: O PERCENTUAL ESTÁ COM 10% (RESIDUAL) UMA VEZ QUE O PAGAMENTO DO SINISTRO JUDICIAL NÃO FOI ACUMULADO PELO TOTALIZADOR DO SISTEMA E O LANÇAMENTO DE 25% ACARRETARIA NOVO PAGAMENTO DE R\$ 1.417,50.
- SINISTRO 2013/333266(20/02/13)-INDENIZADO DÉFICIT RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, APÓS PERÍCIA(16/09/2013)./ DIAGNÓSTICO:FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.
- SINISTRO 2014/400922(20/02/13-JUDICIAL)-
PASTA: 1249333 / PAGAMENTO JUDICIAL: SIM, ATRAVÉS DE ACORDO JUDICIAL, NO VALOR DE R\$ 1.417,50.
PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA INDENIZAÇÃO DE DÉFICIT LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, CONFORME LAUDO PERICIAL.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115738

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Data do acidente: 27/11/2019

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONALMEMBRO RESIDUAL INFERIOR ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: - VÍTIMA COM 52 ANOS.
- SINISTRO 2013/333266(20/02/13)-INDENIZADO DÉFICIT RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, APÓS PERÍCIA(16/09/2013)./ DIAGNÓSTICO:FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.
- SINISTRO 2014/400922(20/02/13-JUDICIAL)-
PASTA: 1249333 / PAGAMENTO JUDICIAL: SIM, ATRAVÉS DE ACORDO JUDICIAL, NO VALOR DE R\$ 1.417,50.
PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA INDENIZAÇÃO DE DÉFICIT LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO,
CONFORME LAUDO PERICIAL

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 15 %	10,5%	R\$ 1.417,50
Total			10,5 %	R\$ 1.417,50

PROCURAÇÃO

Outorgante JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
Estado Civil CAJADO Profissão VIGILANTE
Residente RUA AURELIANO LEAL 1544 Bairro MONDUBIM
Município FORTALEZA UF CE Nascido 01/05/1967 CPF 424.001.803.15
RG 96019009920 Emissor SSP Em / /

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral , 676- Parque Santa Rosa, Municipio de fortaleza, 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 Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) Sr.(a) JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Ocorrido em / /

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 transito e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima 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, SANTANSER, 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 Ocorrencia, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

21 , DE FEVEREIRO , DE 2020

X Jose Augusto de Araujo



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES
CNPJ: 74.189.895/0001-90 - Rua Clemente Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3296.2821 / 3467.0769 - E-mail: cartoriodemondubim@hotmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de JOSE AUGUSTO DE ARAUJO que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Fortaleza, 18 de fevereiro de 2020. Em test. de verdade.

Maria Vanda Leite Gadelha (Ecrevente Autorizada)

Valor Total R\$ 7,07

Cartão de identificação do outorgado
autenticidade por Jose Augusto de Araujo



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072075/20

Vítima: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

CPF: 424.001.203-15

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/11/2019

Titular do CPF: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

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

JOSE AUGUSTO DE ARAUJO : 424.001.203-15

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: 28/02/2020
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115738

Vítima: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115738

Vítima: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

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\$ 1.417,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE AUGUSTO DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 1.417,50**

Banco: **104**

Agência: **000001563**

Conta: **0000014490-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 424.001.203-15 4 - Nome completo da vítima: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO 6 - CPF: 424.001.203-15
 7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA AURELIANO LEAL 9 - Número: 1549 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: MONDUBIM 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60764-425
 15 - E-mail: RC527310@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (85) 98529-6730

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1563 CONTA: 14490 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado
 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 21/02/20
Jose Augusto de Araujo
 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 SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 202028609



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 70 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/01/2020 11:33:35**
Data / Hora da Ocorrência: **27/11/2019 08:45:00**
Endereço da Ocorrência: **R RAUL TEOFILO CAIXA ECONOMICA, PAJUÇARA - MARACANAU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE AUGUSTO DE ARAUJO**
Nascimento: **01/05/1967** CPF: **424.001.203-15**
RG: **96019009920** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA JOSE DE ARAUJO**
LUCAS NUNES DE ARAUJO
Endereço: **RUA AURELIANO LEAL, 1544**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **98716-4882**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA SUPRACITADOS ESTAVA TRAFEGANDO NA VIA CONDUZINDO SOZINHO A MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO: HONDA NXR 160 BROS ESD ANO 2015/2015, COM PLACA: PMJ-9896/CE REGISTRADO EM NOME DO DECLARANTE, MOMENTO ESTE QUE UM VEÍCULO I/GOL DE PLACAS: HVE-9859 REALIZOU UMA ULTRAPASSAGEM INDEVIDA NA TENTATIVA DE DESVIAR DE UM BURACO, SENDO QUE ERA UMA VIA DE SENTIDO DUPLO, AVANÇANDO A VIA QUE O DECLARANTE VINHA, GERANDO A COLISÃO MOTO X CARRO, BATENDO DO LADO ESQUERDO DO DECLARANTE, VINDO A SER ARREMESSADO POR CIMA DO CARRO E CAINDO NA PISTA DE ROLAMENTO; QUE EM FASE DA COLISÃO O DECLARANTE SOFREU UMA FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DIAFISÁRIA, SENDO NECESSÁRIO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE DECLARA QUE FOI SOCORRIDO POR SAMU 192 O QUAL REALIZOU OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS E FOI CONDUZIDO A UPA 24 HORAS; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Carlos André

CARLOS ANDRÉ MOREIRA - MAT.: 30124480

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Augusto de Araujo

VISTO DO DELEGADO(A):

LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013333266

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez

Vítima: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Data do acidente: 20/02/2013

Emissor do parecer: Jessica de Oliveira Vidal

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

CRM do médico: 6302

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA RESIDUAL PERDA DE FORÇA DE SUSTENTAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E RESIDUAL MARCHA CLAUDICANTE A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TTO CONS

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 16/09/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

UF do CRM do médico: CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Gradação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	10

Valor avaliado: 945,00

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA - CE

Processo n.º 0209898-57.2013.8.06.0001

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., CNPJ 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031205, na qualidade de gestora dos **CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** – Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, firmados consoante determinação do Conselho Nacional de Seguros Privados, conforme se observa dos atos constitutivos e instrumentos procuratórios anexos, e **JOSÉ AUGUSTO DE ARAÚJO**, já qualificado nos autos da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT, em trâmite neste juízo, vem, por seus advogados abaixo-assinados, expor, para ao final requerer o que segue.

As partes, visando pôr fim ao litígio, resolveram, mediante concessão mútua, celebrar acordo, na forma do art. 840 c/c art. 849 do Código Civil, transacionando conforme as seguintes cláusulas e condições.

A Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, como gestora dos Consórcios DPVAT, pagará à parte Autora a importância de **R\$ 1.417,50 (mil quatrocentos e dezessete reais e cinquenta centavos)** para a liquidação do feito, estando incluído nesse valor o pedido principal já acrescido de juros, correção monetária e custas processuais, bem como a importância de **R\$ 212,63 (duzentos e doze reais e sessenta e três centavos)** referentes ao pagamento de honorários advocatícios, totalizando a quantia de **R\$ 1.630,13 (mil seiscentos e trinta reais e treze centavos)**.

O pagamento será efetuado mediante a emissão de Cheque Nominal em nome da parte Autora em até 30 (trinta) dias a contar do protocolo do presente acordo em Juízo.

Outrossim, cabe esclarecer que eventuais custas processuais serão de responsabilidade da parte Ré.



Insta ressaltar que a transação ora celebrada não implica em reconhecimento do direito pretendido pela parte autora.

Com o pagamento da quantia acordada e acima referida, a parte Autora concorda que nada mais será interpelado, judicial ou administrativamente em face da parte Ré e de todas as Seguradoras Consorciadas, ora representadas pela Seguradora Líder DPVAT, quanto à Diferença de Pagamento em Invalidez da vítima JOSÉ AUGUSTO DE ARAÚJO, inscrita no CPF sob o n.º 424.001-203-15, de modo a dar plena, irrestrita e irrevogável quitação, relativamente a todos e quaisquer direitos, oriundos do acidente de trânsito ocorrido em 20/02/2013, nos termos do Boletim de Ocorrência, acostado às fls., para nada mais reclamar em Juízo, ou fora dele, seja a que título for.

Declararam as partes que o presente acordo é fruto de sua livre manifestação de vontade, não havendo vício algum, de qualquer ordem, sobre os termos acima dispostos.

As partes requerem, ante todo o exposto, a **homologação** do presente acordo, e, bem como pela **extinção do processo com resolução de mérito**, nos termos do artigo 269, III do Código de Processo Civil e sua consequente **remessa ao arquivo geral do TJ/CE**.

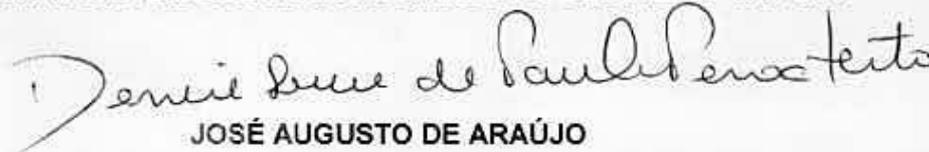
Nestes Termos,
P. Deferimento.

Fortaleza, 30 de abril de 2014.



FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
OAB/CE 16.075

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A



JOSÉ AUGUSTO DE ARAÚJO
P/P DENISE LUCE DE PAULA PESSOA TERTO
OAB/CE 7436



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

4ª Vara Cível

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes, nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8264, Fortaleza-CE - E-mail: for04cv@tjce.jus.br

SENTENÇA

Processo nº: **0209898-57.2013.8.06.0001**
 Apensos:
 Classe: **Procedimento Ordinário**
 Assunto: **Acidente de Trânsito**
 Requerente: **JOSÉ AUGUSTO DE ARAUJO**
 Requerido: **COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS e outro**

Cls.

Tratam os autos de uma ação de cobrança de indenização securitária ajuizada por **José Augusto de Araújo em face de Companhia Excelsior de Seguros e Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A**, todos devidamente qualificados.

Às fls. 109/110, as partes informaram a realização de uma composição amigável, razão pela qual requereram a sua homologação com a consequente extinção do feito com resolução de mérito.

Ante o exposto, considerando o disposto no art. 269, III, do CPC e demais aplicáveis à espécie em liça, homologo, por sentença e para que se produzam todos os efeitos jurídicos e legais pertinentes, o acordo firmado, decretando, por azo de consequência, a extinção do processo com resolução de mérito, determinando a baixa na distribuição e o arquivamento do processo após o trânsito em julgado desta decisão.

P.R.I.

Fortaleza/CE, 28 de maio de 2014.

Onildo Antonio Pereira da Silva

Juiz de Direito

Assinado Por Certificação Digital¹

¹ De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei.

• ~ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) **assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica**; Art. 11. Os **documentos produzidos eletronicamente** e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, **serão considerados originais para todos os efeitos legais**.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site **http://esaj.tjce.jus.br**. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau**.

Abrir a tela, colocar o **nº do processo** e o **código do documento**.

1249333 - C1 / 2014-03428 / INV

JOÃO BARBOSA Advogados Associados

João Barbosa
 João Martins
 Rafaella Barbosa
 Joselaine Maura
 Fernando Barbosa
 Adriana Moura
 Amanda Maia

Caroline Mançano
 Cristiane Flosi
 Cristina Ferreira
 Diego Silva
 Elisama Silva
 Evelyn Castillo
 Fellipe Carvalho

Isabel Chagas
 Jessica Correa
 Marcos Carmo
 Noemia Teixeira
 Osmar Aquino
 Paloma Oliveira
 Paulo Silva

Raphael Neves
 Roberta Marinho
 Roberto Costa
 Taisa Silva
 Tamires Farias
 Tiago Leão
 Walter Araújo

Assistentes jurídicos
 Adriano Ribeiro
 Breno Azambuja
 Carlos Eduardo
 Kellen Drummond
 Lohan Mota
 Michael Cunha
 Rita Nogueira
 Roberta Oliveira

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA
 DE FORTALEZA / CE

Processo n. 2098985720138060001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, no autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que lhe promove **JOSE AUGUSTO DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V.Exa., **requerer a juntada do Recibo de Pagamento no valor de R\$ 1630,13.**

Requer também certificação de custas finais e, após o pagamento, seja expedida Certidão de Trânsito em Julgado e conseqüente arquivamento do feito.

Termo em que,
 Pede Juntada.

Fortaleza, 5 de junho de 2014.

João Barbosa
 OAB/RJ 134.307

Fabio Pompeu Pequeno Junior
 OAB/RJ 14752/CE

Rua São José nº 90 grupo 810 a 812 Centro Rio de Janeiro/RJ Cep: 20010-020
 PABX: 21-3265-5600 FAX: 21-3265-5622/3265-5628
 corporativo@joaobarbosaadvass.com.br

RECIBO DE PAGAMENTO JUDICIAL
C1/2014-03428/INV

Juízo : 4 Vara-Cível da Comarca de FORTALEZA/CE
Processo nº : 2098985720138060001
Autor(es) : JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
Réu(s) : CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
Vítima(s) : JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
Nº Sinistro : 2014/400922/01
Valor Total : R\$ 1.630,13 (Hum mil e seiscentos e trinta reais e treze centavos)

Recebi da CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, o(s) cheque(s) de n.º , 60279, da conta corrente n.º , 6440002, da agência de n.º , 1769, no valor individual de \$ 1.630,13 (Hum mil e seiscentos e trinta reais e treze centavos), referente à Acordo realizado no processo em epígrafe, tendo como Autora(es) JOSE AUGUSTO DE ARAUJO portadora(es) do(s) R.G.(s) de n.º 01388066599, e inscrito(s) no CPF/MF de n.º 424.001.203-15 e a Ré sendo CIA EXCELSIOR DE SEGUROS.

Com o pagamento ora realizado, a (os) Autora (es) JOSE AUGUSTO DE ARAUJO, através de seu advogado, Drº. ERINALDA CAVALCANTE SCARCELA DE LUCENA, que subscreve a presente, dá plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado, seja em Juízo ou fora dele.

Rio de Janeiro, 9 de Junho de 2014


ERINALDA CAVALCANTE SCARCELA DE LUCENA
OAB/3251C - CE

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0241/2014, encaminhada para publicação.

Advogado	Forma
Erinalda Cavalcante Scarcela de Lucena (OAB 7953/CE)	D.J

Teor do ato: "Cls. Tratam os autos de uma ação de cobrança de indenização securitária ajuizada por José Augusto de Araújo em face de Companhia Excelsior de Seguros e Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, todos devidamente qualificados. Às fls. 109/110, as partes informaram a realização de uma composição amigável, razão pela qual requereram a sua homologação com a conseqüente extinção do feito com resolução de mérito. Ante o exposto, considerando o disposto no art. 269, III, do CPC e demais aplicáveis à espécie em liça, homologo, por sentença e para que se produzam todos os efeitos jurídicos e legais pertinentes, o acordo firmado, decretando, por azo de consequência, a extinção do processo com resolução de mérito, determinando a baixa na distribuição e o arquivamento do processo após o trânsito em julgado desta decisão. P.R.I."

Do que dou fé.
Fortaleza, 11 de setembro de 2014.

Diretor(a) de Secretaria

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico e dou fé que o ato abaixo, constante da relação nº 0241/2014, foi disponibilizado na página 178 do Diário da Justiça Eletrônico em 12/09/2014. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 16/09/2014, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dia	Término do prazo
Erinalda Cavalcante Scarcela de Lucena (OAB 7953/CE)	15	30/09/2014

Teor do ato: "Cls. Tratam os autos de uma ação de cobrança de indenização securitária ajuizada por José Augusto de Araújo em face de Companhia Excelsior de Seguros e Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, todos devidamente qualificados. Às fls. 109/110, as partes informaram a realização de uma composição amigável, razão pela qual requereram a sua homologação com a conseqüente extinção do feito com resolução de mérito. Ante o exposto, considerando o disposto no art. 269, III, do CPC e demais aplicáveis à espécie em liça, homologo, por sentença e para que se produzam todos os efeitos jurídicos e legais pertinentes, o acordo firmado, decretando, por azo de consequência, a extinção do processo com resolução de mérito, determinando a baixa na distribuição e o arquivamento do processo após o trânsito em julgado desta decisão. P.R.I."

Do que dou fé.
Fortaleza, 12 de setembro de 2014.

Diretor(a) de Secretaria



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

4ª Vara Cível

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes, nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8264, Fortaleza-CE - E-mail: for04cv@tjce.jus.br

CERTIDÃO DE TRÂNSITO EM JULGADO

Processo nº: **0209898-57.2013.8.06.0001**
 Classe: **Procedimento Ordinário**
 Assunto: **Acidente de Trânsito**
 Requerente: **JOSÉ AUGUSTO DE ARAUJO**
 Requerido: **COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS e outro**

CERTIFICO, face às prerrogativas por lei conferidas, que a sentença de fls. 148 transitou em julgado em 30/09/2014.

O referido é verdade. Dou fé.

Fortaleza/CE, 06 de janeiro de 2015.

ADRIANA MARIA DE OLIVEIRA MARTINS

Técnico Judiciário

Assinado por certificação digital¹

¹ De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei.

• ~ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) **assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica**; Art. 11. Os **documentos produzidos eletronicamente** e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, **serão considerados originais para todos os efeitos legais**.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site **http://esaj.tjce.jus.br**. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois **Conferência de Documento Digital do 1º grau**.

Abrir a tela, colocar o **nº do processo** e o **código do documento**.

0209898.57.2013.p.06.0001

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO PRÉVIA**
[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Jose Augusto de Araujo
CPF: 424 001 203-15
Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: Fortaleza-CE
Data do Acidente: 20/02/13

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação prévia em razão do processo judicial nº (_____), para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na (X Vara Cível ou JEC) da Comarca de (_____) – (RJ).

Declaro, ainda, que estou ciente de que nada pagarei para realização dessa avaliação e de que, caso eu e a entidade demandada não chegemos a um acordo, o processo judicial que propus para recebimento da indenização DPVAT prosseguirá normalmente.

Local, Fortaleza-CE data 28.04.14

Jose Augusto de Araujo
Assinatura da vítima

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

torax Espunde

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

clavícula

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) disfunções apenas temporárias
b) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- Sim, em que prazo:
 Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total
(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).
b) Parcial
(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

- b.1 Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).
b.2 Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual			
1ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do médico - CRM