



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

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: 60164-425
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)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 14490 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 (vol rascar)? ☐ 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 alfabetizado

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.417,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000014490-4

Nr. da Autenticação 19BCB16EFE7B7E02

DADOS DO CLIENTE

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

Cidade: 001
Local: 001
Setor: 085
Subsetor: 00
Quadra: 0563
Subquadra: 00
Lote: 0518
CEP: 0000
Campo:

ECONOMIA:
Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: AGUA
Medidor: A18N445545
Leitura Anterior: 111
Leitura Atual: 125
Volume: 14
Média Semestral (m³): 12

DATAS

Leitura Atual: 09/11/2019
Leitura Anterior: 08/10/2019
Término: 09/11/2019
Próxima Leitura: 09/12/2019
Linha Água: 999
Linha Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
220	5,26	125	529	526	529
529	529	529	529	529	529
529	529	529	526	516	529

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 16 m³ | META: 13 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
PLATÓRIO 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 (m³)	Esgoto (m³)
nov/18	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
COFINS
Valor (R\$)
0,51
2,55

SUBSIDIO

Valor do Serviço
Valor do Subsidio
Valor Total a Pagar
63,36
9,96
53,36

MÊS/ANO
11/2019

VENCIMENTO
10/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
53,36

PARAR PAGAR SUA FATURA

I: 35644J061484756 L: 0304 N: 11:29:05 R: 035 P: 001

BANCO

OUTROS

Central de Atendimento
Cagece
0800 278 0195

Cagece
Núcleo

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 285 1919. Demais 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 278 0195 nas lojas de atendimento - de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento Cagece: 0101.1915 de 8h às 12h e 13h às 17h.

assinado eletronicamente
E em: F. N. de P. P. P.

155

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

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

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

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 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO, SOFREVINDO EXPOSTA DA PERNA ESQ. EM 27/11/2019, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO COM REDUCCAO E FIXACAO E ENCONTRA SE COM INCAPACIDADE FV - GONAL DA PERNA ESQ POR DOR AMOBILIZACAO + LHM) TRACO DOS MOVIMENTOS E DE ALTA MEDICA 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: _____

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: KIRNAAGUIAR

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

SINTOMÁTICOS

RAIO X

Marden Moura França
Coord. Médicos
UPA PAJUÇARA - MARACANAÚ-CE
Instituto de Assistência à Saúde e Promoção Social
PROJETA 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



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR
Nº Pedido: 35440436

Data 06/02/2020

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
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.

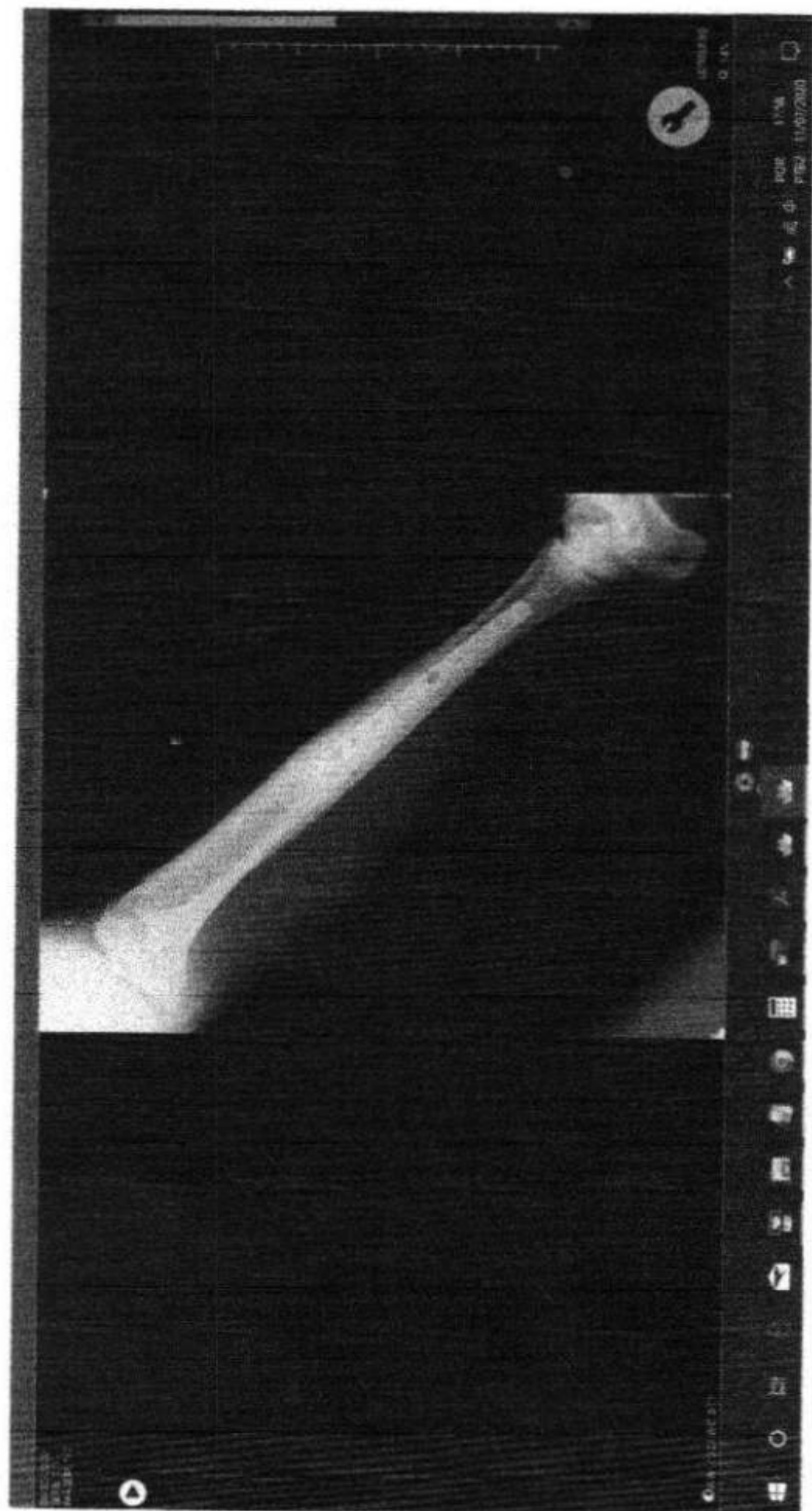
Sinais de formação de calo ósseo em terço distal da tibia.

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-RN





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 - RECUPERAÇÃO

Solicitante: Dr(a) SAULO LACERDA BORGES

Queixa Principal:

INTERNAÇÃO

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!bpCiL"

8377327041

RELATÓRIO:

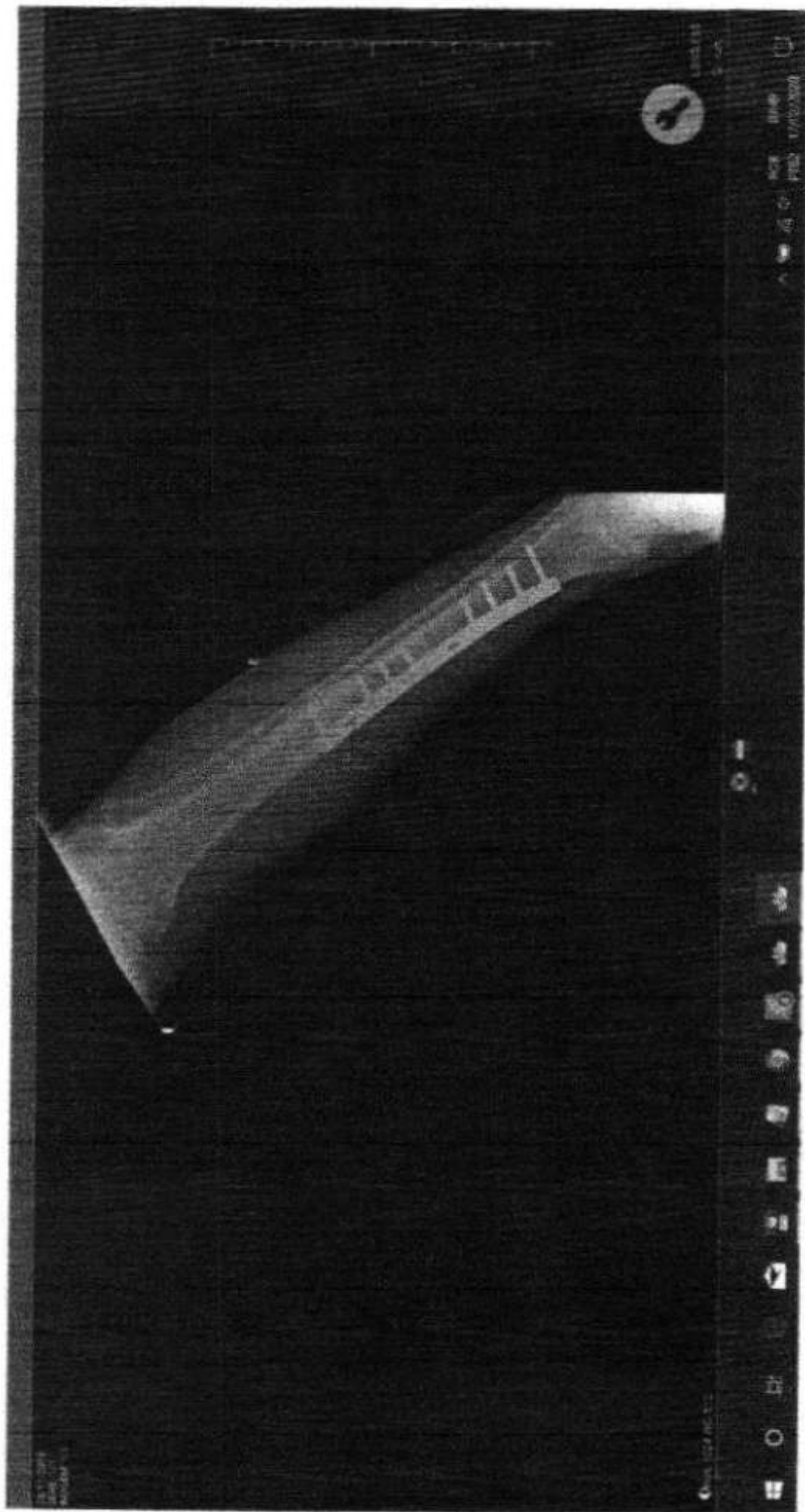
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

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



LAND 111



17/03/2000

1



17/03/2000



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(s) FREDERICO THALES DE

Queixa Principal:

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!boVyB

6376518831

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-PN





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:

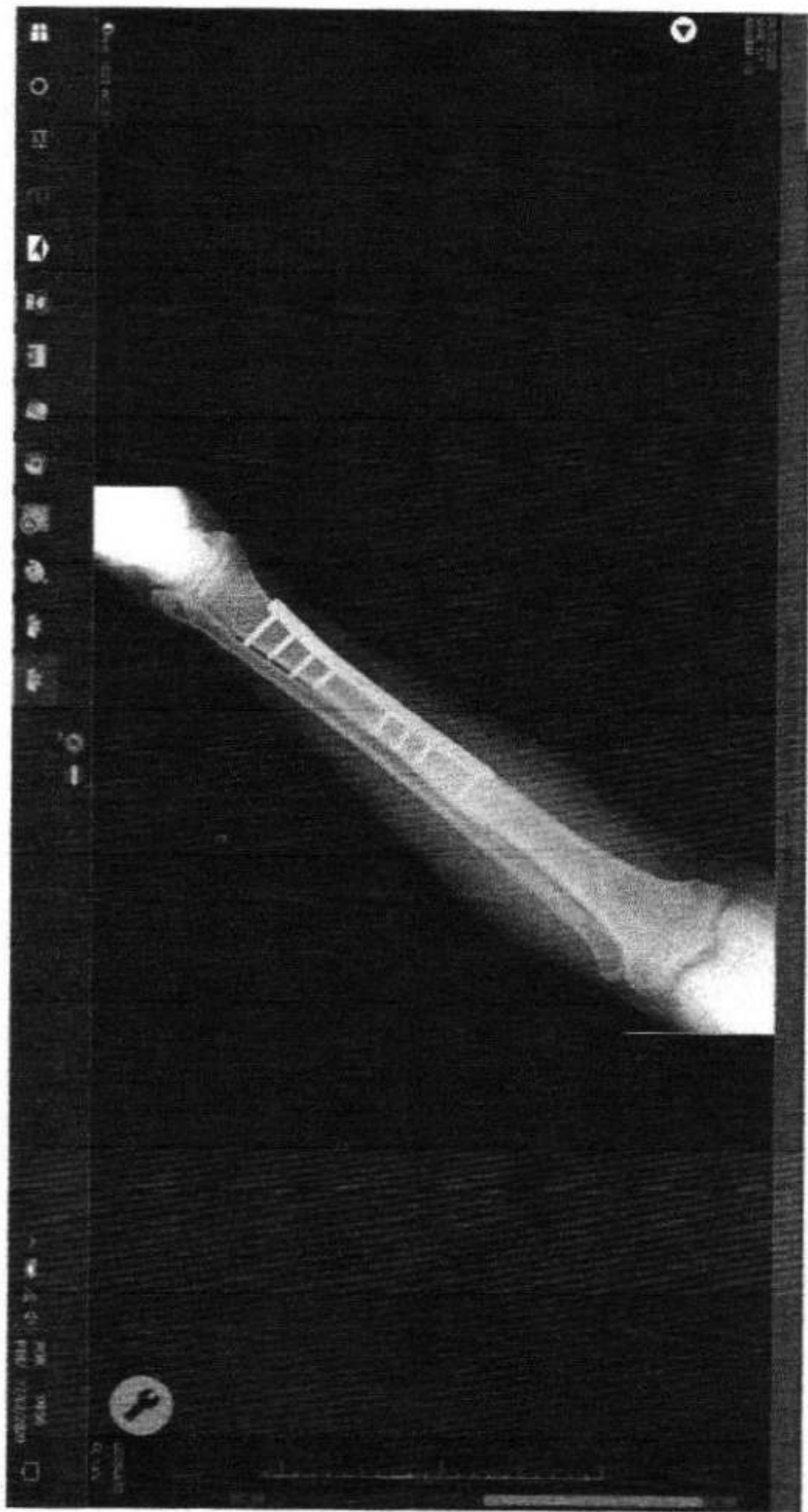
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tíbia com placa metálica e parafusos.

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
Nº Pedido: 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:

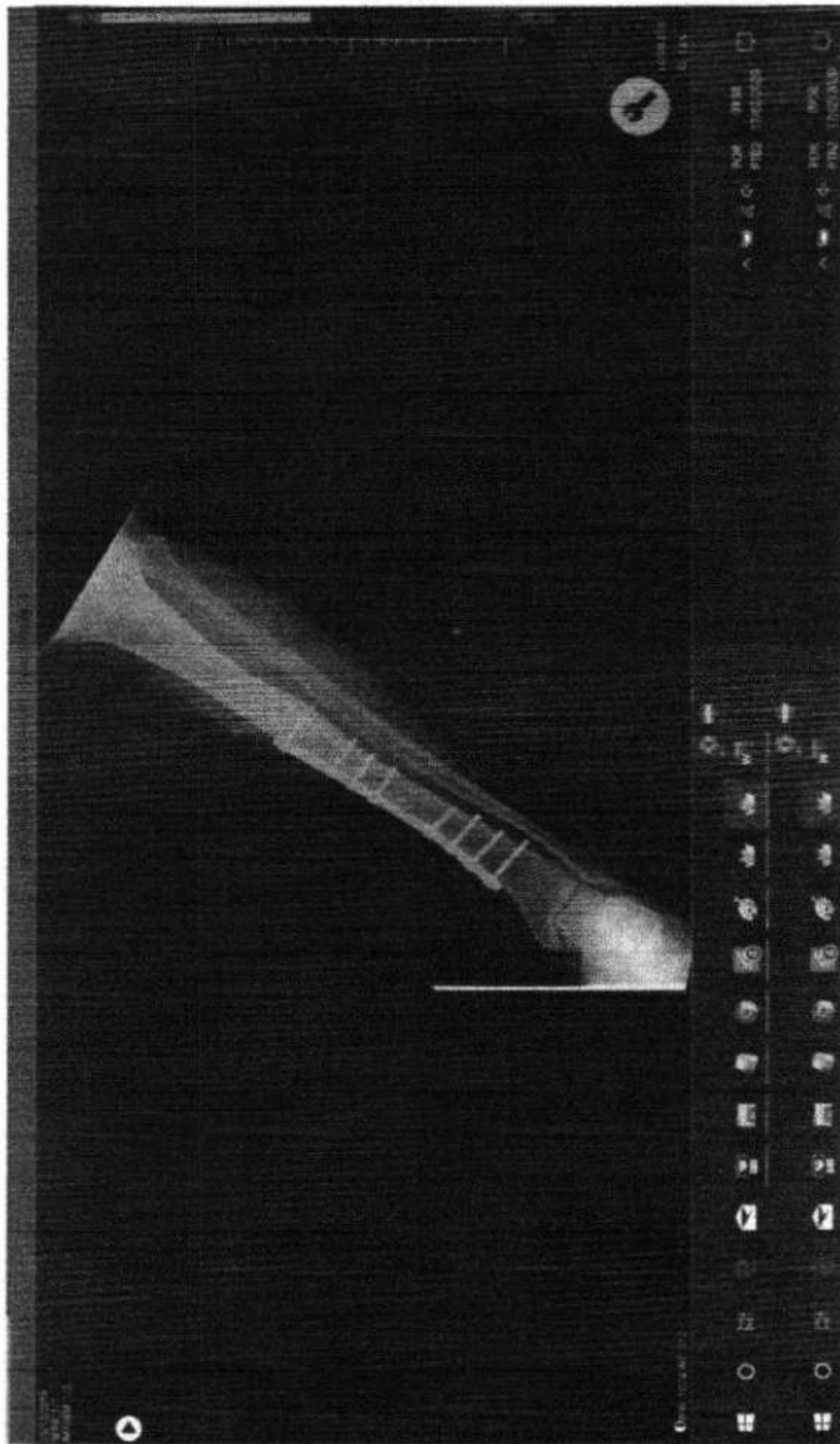
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

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: 34380696

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 61000000 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

11/10/2001
11/10/2001



Case 01101-01



FOUO 1201
PINC 19022000



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

Matrícula...: 68964000564006038

Solicitante: Dr(a) FREDERICO THALES DE

Queixa Principal:

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!c+Ak8'

6406307221

RELATÓRIO:

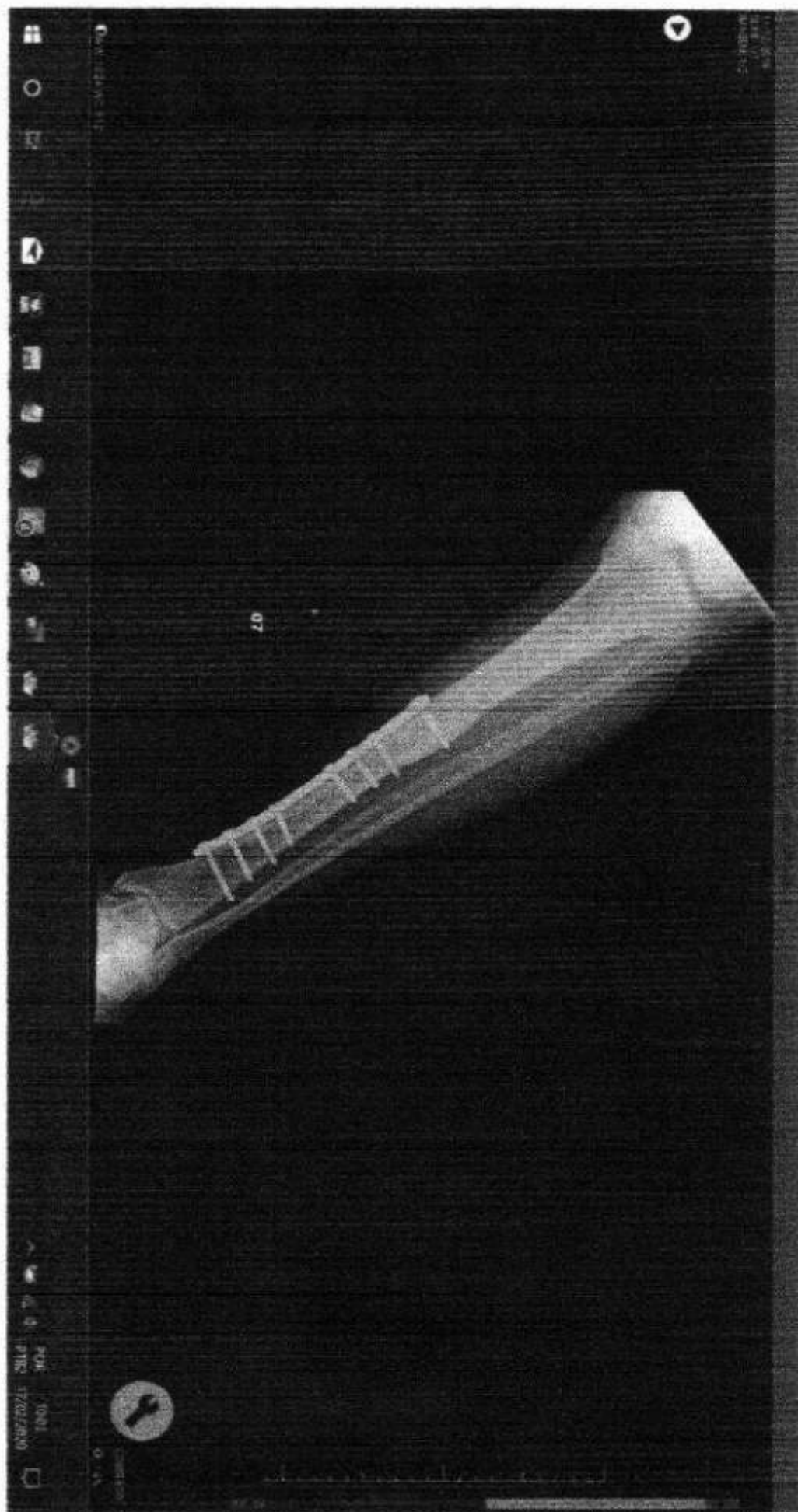
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com placa metálica e parafusos.

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
16019009920 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

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 C/ Leito: 133227/4

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1]

Nº: 47469684 27/11/2019 às 12:05

ANAMNESE

Queixa Principal	pois com trauma nas pernas e corte na esquerda	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <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

CONFIRMADO POR
LIANDRO 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 134171231 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]

CONTROLE PRONTUÁRIO
LEANDRO 21082
Assinatura



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

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/ Leito: 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	116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
2.../1/2019	16:58		
Médico Atendente	2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS		
Médico Acompanhante	2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS		
Avaliação médica			

23/11/19

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
HAPVIDA

Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213 JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Cirurgia(s): 30727138 FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (IN Tipo Anestesia: RAQUE+SEDACAO
30728142 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL 30732026 ENXERTO OSSEO
DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO

Sala Cirúrgica: SALA CC 05 Setor Emissor: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Apto.: 1006

Equipe Médica: CIRURGIAS 4084167 SAULO LACERDA BORGES DE SA CRM 14255
PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO 39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051
ANESTESISTA 3150747 SABELIO PORCEL PLATA CRM 15375

Codigo Especificação

Materiais Médico-Hospitalares

31720 AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML

51373 AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13x4.5 - 1 UD

118455 AGULHA DESC DE RAQUE N 26 - 1 UD

118456 AGULHA DESC DE RAQUE N 26 - 1 UD

77855 AGULHA DESCARTAVEL 25x07 - 1 UD

32450 AGULHA DESCARTAVEL 40x12 - 1 UD

31739 ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML

31741 ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML

51063 ALGODAO HIDROFICO 500 GR

27528 ANRULA PI MONITOR DESCARTAVEL CIL - 1 UD

27544 ATADURA DE CRIPOM 15 CM - 1 UD

752357 CAMPO IMPERMEAVEL 130x160 - 1 UD

81858 CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD

30183 CATETER DE OXIGENIO - 1 UD

30188 CATETER INTRA VENOSO 18 (UECO) - 1 UD

30201 CATETER INTRA VENOSO 20 (UECO) - 1 UD

125865 CLOREXEDINA 0.2% AQUECIDA FRAS 1000 ML

135860 CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML

112712 CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML

158880 COMPRESSA OPERATORIA 25x28 ESTERIL CIL UD - 1 UD

134084 EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD

10997 ESPARADRAPO IMPERIM 10CMx4.5M TUBO 450 CM

31771 ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML

130804 EXTENSOR 120 CM (1M) PINO - 1 UD

25777 FAIXA DE SMARCA 12CM ROLO 1 UD

118496 FIO MONONYLON (11637) - ETHLON BLK 3-0 ENV 1 UD

118158 FIO MONONYLON (P18637) - ETHLON BLK 3-0 ENV 1 UD

155689 FIO O - PG108X VICRYL ENV 1 UD

165563 FIO O - PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD

133505 GAZE 10x10 ESTERIL PCT CIL PCT 1 UD

50857 GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD

143220 IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD

50954 LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD

50938 LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD

105112 LATEX SILICONIZADO - 1 MT

30635 LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA

30651 LUVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA

30660 LUVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA

30675 LUVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA

50827 MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA CITRAS PCT 50 UD

51004 MICROPORE 25x10 TUBO 1000 CM

124842 PARAFUSO CORTICAL - 1 UD

27520 PLACA DCP - 1 UD

130823 PLACA DESCARTAVEL BISTURI ADULTO - 1 UD

50845 PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD

50952 SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML

30888 SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML

30856 SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML

30864 SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML

30872 SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML

50961 SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD

50881 TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD

147256 TRANSFIX - 1 UD

75436 ULTRA GEL GL 5000 GR

Qtdv Codigo Especificação

Medicamentos

50 39144 ANTAK 2ML AMPL 2 ML 1

1 36811 DECADRON 4 MG FR 2.5 ML 2.5 ML AMPL 2.5 ML 1

1 38008 DIPHRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML 2

1 40142 ETORTIL AMPL 1 UD 1

4 139923 FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML 1

5 42013 KEFAZOL FRAP 1 UD 2

50 48194 MARCAINA PESADA 0.5% AMPL 1 UD 1

100 40037 MIDAZOLAM 15MCG/ML INJ AMPL AMPL 3 ML 1

60 124102 MORFINA 0.2MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML 1

5 120106 ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML 1

3 43290 RINGER CLACIATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML 1

4 43800 SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML 2

1 39543 TRAMADOL 100MCG/ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML 1

1 45250 XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML 1

Gases / Aparelhos

TAXA DE SALA Início: 22:30 Fim: 00:15

TREPANO Início: 22:30 Fim: 00:15

OXIGENIO Início: 22:30 Fim: 00:15

BISTURI ELÉTRICO Início: 22:30 Fim: 00:15

MONITORIZAÇÃO Início: 22:30 Fim: 00:15

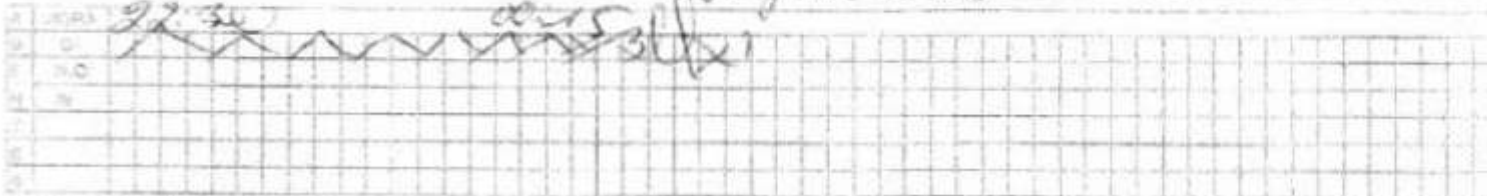
OXÍMETRO DE PULSO Início: 22:30 Fim: 00:15

FICHA DE ANESTESIA



**ANTONIO
PRUDENTE**

Nome: Jose Augusto de Araujo Data: 25.11.19
 Idade: 52 Sexo: M
 Prontuário: 63773270 Convênio:
 Diagnóstico: Fratura de fêmur
 Cirurgião: Dr. Alex Anestesia: Rapiente + Sufg
 Cirurgião: Dr. Jose de A. ASA: II



Líquidos: DTT
 CAROTÍSCOPIO: 100 PRESSÃO NÃO INVASIVA: 100 CAPNOGRÁFO: 100 OXÍMETRO DE PULSO: 100 PRESSÃO INVASIVA: 100



DRUGS: Tramadol 100mg
 LÍQUIDOS: DTT VOLUME: 100ml PERDAS: 100ml VALAÇO: 100ml
 Intubação: Oral Respiração: Spont. Alveolar: Spont. Posição: La Local de Punção: 2/10
 Agulha: 25 Técnica: Final
 Turnação: Final

Condição final op: Dr. Sabelio Porcel Plata
 Intervenções por op: Dr. Sabelio Porcel Plata
 Ass. Anestesiista - CRM: 15.375

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 + RETENCIONAMENTO 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 RETENCIONAMENTO DE LIGAMENTOS AO NÍVEL DO TORNOZELO
 CHECAGEM POR ESCOPIA
 FECHAMENTO POR PLANOS
 CURATIVO ESTERIL
 A RPA

Códigos Dos Procedimentos 30727138 / 30726142 / 30732026 [1]

Dr. Saulo Lacerda Borges de Sa
 CRM 14255
 28/11/2019 00:18



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

HOSPITAL			
PACIENTE		Augusto de Araújo	
DATA INTERNAÇÃO		CODIGO	
1 - PRORROGAÇÃO			
DT. SOLIC.	N.º DIAS SOLICITADOS	UTI APTO	ENF.
2 - MEDICAMENTOS ALTO CUSTO - ESPECIFICAR			
3 - MATERIAL ALTO CUSTO - ESPECIFICAR			
Placa SCP 10 pins			
8 pinos			
JUSTIFICATIVA			
Canal intra-medular estéril para passagem de haste. Oplado para utilização de placa e parafuso.			
MEDICO SOLICITANTE CARIMBO ASSINATURA			
AVALIAÇÃO DO MEDICO VISITADOR			
MEDICO VISITADOR (ASSIN/CARIMBO)			
DATA			

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 Sanguínea	Não.	[2]
Via Aérea Difícil	Não.	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	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 Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[2]
Checação Completa Dos Equipamentos	sim.	[2]
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim. kefazol 2g	[2]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[3]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[1]
	sim.	

ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUARIO

Paciente:

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 chegadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipamentos, 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.D 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
COREN/CE 19.637-ENF

Assinatura do enfermeiro Líder



INSTITUTO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1006

Paciente: JOSÉ AUGUSTO DE ARAUJO
Convênio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dr. Nasc. 01/05/1967
Nº Prescrição: 24798971
Letto: 1334706
3/3h ORAL

Atendimento: 63773270
Prontuário: 12019213
Peso: 70,00 kg

1. DIETA: GERAL ADULTO (PARA A IDADE)

CRM-14255

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol Total 500 ml

7,00 g/sem

Acervo Prescrição

CRM-14255

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20 RJ

aplicação

500 ml

EV

06

CRM-14255

3. CEFALOXINA SODICA (1000)

Agua Destilada

1g

118AP (FRAP C 158)

88h

EV

06

CRM-14255

4. CETORFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

118AP (FRAP C 100MG)

88h

EV

06

CRM-14255

5. DIBROMONA AMP (500,00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg

2ML (AMPIL C 500MG)

60h

EV

06

CRM-14255

6. IMAMANDOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2ML (AMPIL C 100MG)

88h

EV

SN

CRM-14255

7. PLANET (5,00mg/ml)

Agua Destilada

10mg

2ML (AMPIL C 10MG)

88h

EV

06

CRM-14255

8. SONDAGEM VESICAL DE ALUNO

SN

CRM-14255

9. CURATIVO MEDIO SF GAZE ACOCHOADA

SN

CRM-14255

10. FUNCAO C JILCO

SN

CRM-14255

11. SINAS VITAS

SN

CRM-14255

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-14255

13. RETIRADA DE DRENHO DE PORTOVAC

SN

CRM-14255

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-14255

15. COMPRESSÃO COM ETÉR

SN

CRM-14255

Profissional: CRM-14255

SALUOLACERDA BORGES DE SA

Time Saúde
Dr. José B. Silva
28/11/2019 13:28

Peen: 10/11/10

HORÁRIOS

343h ORAL

CHOCADA MEDIO

Endereço: Rua ...
 Telefone: ...
 E-mail: ...

Nome: ...
 CPF: ...
 Data de Nascimento: ...

Endereço: ...
 Telefone: ...
 E-mail: ...

PRESSÃO COM ETER

SN

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

R\$ 5,00

FIX

Ass.

Legenda horário :

☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

Dr. ...
 Médico
 CREMEP 13.200

TO: CIENTIFIC LABORATORY - HAFUOR

LA 1001 10041010

Peso: 70.00 kg

Entrega: 10/12/2010

Descrição	Qtd	Descrição	Qtd	Descrição	Qtd	Descrição	Qtd
SCARTAVEL 20 ML SERB 20 ML	1	LA 20ML 20 ML AMP 20 ML	1	OCEDIMENTO P CX 50 PA	2	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	4 TOPICO FRAS 1000 ML	5	DROFILO - 500 GR	2	LA 1000GR SERB 100 AMP 2ML	1
AMP							
SCARTAVEL 20 ML SERB 20 ML	1	LA 20ML 20 ML AMP 20 ML	1	OCEDIMENTO P CX 50 PA	2	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
4 TOPICO FRAS 1000 ML	5	0 2 ML AMP 2 ML	1	DROFILO - 500 GR	2	END IV	
END IV							
LOCICO 0,9% 100ML TURBO 100 A 1	1	SCARTAVEL 05 ML SERB 5 ML	1	OCEDIMENTO P CX 50 PA	3	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
4 TOPICO FRAS 1000 ML	10	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	SCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
SCARTAVEL 40X12 - 1 UD							



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
28/11/2019 01:11

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/ Grad. Laterais Levantadas	Mantido:
HIGIENE ORAL E CORPORAL	Mantido:

PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
28/11/2019 01:12 AM

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 24799383

28/11/2019 às 01:12

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS / IES

Leito: 221/1

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA

Profissionais: MARIA MONICA GIRAIO (COREN 407189)

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

28/11/2019
01:12 AM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
27/11/2019 18:35

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: 13341016

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 P. Carneiro
CORENCE 515.537-ENE

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/06/1967 Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA N° Prescrição: 74796363 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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - I APFOR

28/11/2019 01:10

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: 221/1

Profissional(is): MARIA MONICA GIRAIO BRIT

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 TÍBIA ESQ. 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, PERVO 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

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/11/2019 18:46

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 637/3270

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 TÍBIA ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE MOTO

[1]

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

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM AR AMBIENTE, DIETA POR VO JEJUM COMPLETO, ESTÁVEL EM REPOUSO NO LEITO, PELE ÍNTEGRA, EM RELAÇÃO LPP, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ENFA LEILANE 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 219.637-ENF

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
Convênio: HAPYDA
Posto: POSTO 1A - HAPYOR

Dt. Nas: 01/05/1967
Nº Prescrição: 24802016
Leito: 10061

Atendimento: 63773270
Protocolo: 12019213
Peso: 70,00 kg

1. DETA - CERA-ADULTO PARA A IDADE

33h - ORAL

CRM-16896

2. Injeção Venosa Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20,03

Vol Total
mL

500 mL

720 g/100mL

Acesso Periférico

CRM-16896

3. CEFALOXINA SODICA (1,00g)
(0,23)

Água Destilada

1g

1 FRAP

(FRAP C/1GR)

87h

EV

CRM-16896

4. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP

(FRAP C/100MG)

88h

EV

CRM-16896

5. DIFERONA AMP (500,00mg)

Água Destilada

1000mg

2 ML

(AMP C/500MG)

66h

EV

CRM-16896

6. IRAMADOL (50,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML

(AMP C/100MG)

88h

EV

CRM-16896

Ata vigilância

7. PLAMET (5,00mg)

Água Destilada

10mg

2 ML

(AMP C/10MG)

88h

EV

CRM-16896

8. SONDAGEM VESICAL DE ALUMINIO

9. CURATIVO MEDIO-ST-GAZE ACOLCHADA

10. PUNÇÃO C/ALCO

11. SNAS VITAS

12. GELIO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE POROVIAC

14. CURATIVO COM ALADURA E GAZE ACOLCHADA MEDIO

15. COMPRESSÃO COM ETÉR

16. Ata em: 28/11/2019

Ass dada por: RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA

ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO

Profissionais: CRM-16896

Rafael Bezerra Nogueira
Tratamentologia
CRM-CE 8268

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 1 de 3

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
Convenio: HAP/IDA
Posto-POSTO 1A - HAPFOR

Dt. Nasc.: 01/05/1967
Nº Prescrição: 0024802016
Leito: 1006/1
Atendimento: 63773270
28/11/2019 às 08:53
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 12019213

Emissão 28/11/2019 11:32

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

HORÁRIOS

APRESENTA RISCOS PARA:
☒ LP
☒ FLEBITE
☒ BROMBOASPIRAÇÃO
☒ INFEÇÃO
☒ PERDA DE DISPOSITIVO

2. Hidratação Venosa Fase Única Vol. Total 500 ml 7.00 gts/min/Acesso Periférico

SORO FISIOLÓGICO 0.9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 100mg) 8/8h EV 1

4. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100 mg 1 FRAP (FRAP C/ 100mg) 8/8h EV

5. DIFIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000 mg 2 ML (AMP C/ 500mg) 6/6h EV

6. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100 mg 2 ML (AMP C/ 100mg) 8/8h EV SN

7. PLAMET (5.00mg/ml) 10 mg 2 ML (AMP C/ 100mg) 8/8h EV

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO SN
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOLCHOADA 12.00

10. PUNCAO C/ JELCO SN

11. SINAIS VITAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS SN

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC 12.00

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO 12.00

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 28/11/2019 11:32

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1A - HAPFOR

Dt. Nasc.: 01/05/1967
Nº Prescrição: 0024902016
Leito: 1006/1
Atendimento: 63773270
28/11/2019 às 08:53
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 12019213

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

16. Alta em: 28/11/2019

ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO

Alta dada por: RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA

Legenda horário: ☐ indica item não administrado

☐ indica item checado

ENTEROFIX

Ass.



Assinatura
Folha 3 de 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3
Emissão 28/11/2019 11:32

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO Dt. Nasc.: 01/05/1967 Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0024802016 28/11/2019 às 08:53
Posto: POSTO 1A - HAPFOR Leito: 1006/1 Peso: 70.00 kg

GASTOS

Descrição	Qtd	Descrição	Qtd	Descrição	Qtd	Descrição	Qtd
-----------	-----	-----------	-----	-----------	-----	-----------	-----

Assinatura

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	Prentuario: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto: PÓSTO 1A - HAPFOR	Leito: 1006/1	
Profissional(is): LEILIANE SUMAVA AVILA DA SILVA, ENFERMEIRO(A), COREN 414678 (1)	Nº: 47514403	28/11/2019	às 11:32

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

<p>Evolução de enfermagem</p> <p>J.A. 52 ANOS, SEXO MASCULINO, HD: 1 PO CIRURGIA DE PRAT DE TBA ESO. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO E RESPONSIVO. EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOTERMICO, NORMOCARDICO. COM AVP EM MSD P/HV, PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. CURATIVO LIMPO EM INCISÃO CIRÚRGICA E SEM QUEDAS ALGUMAS NO MOMENTO. SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</p> <p>ALTA</p>	(1)
---	-----

DISPOSITIVOS

<p>Acesso Venoso Periférico</p> <p>Sim</p>	(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
TEOD 16.889



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 TÍBIA COM
ENXERTO ÓSSEO AUTOLOGO + RETENÇIONAMENTO DE
LIGAMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

[1]

CID 10

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

[1]

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

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1 de 1

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
TEC 15389

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 Rapídeo 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 do 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 20 19

Horas: 21:25

Nome legível: Dr. José Augusto de Azevedo

Assinatura:

Gravidade 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, as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível: Dr. Sabino Portel Pina Médico CRM 15.575

Visto de carimbo com CRM e visto



**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: Carla
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 DE MATERIAIS
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Cirurgião: Lapandomia
Data de Esterilização: 18.11.19
Data Limite para Uso: 18.05.20
Nº LOTE: 1811.2019
Data de Validade: 25.11.2019
Nº de Controle: 101

1-CE570034

ISI 9 HYGIE

**QUETAS DE
ÓDIGOS E**

ANEXAR ESTE IMPRESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Jose da Silva e Silva
Data de nascimento	03/05/1947
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Luison (filho)
Procedimento a ser realizado	Exatose de Tabaco 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		Wintobristingia
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos?		X	
Tem diabetes?		X	
Hipertensão Arterial?	X		
Adornos/próteses		X	
Cirurgias anteriores	X		Retirado de Rolo
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-anest	X		

4. SSVV:

PA	148/90
T	36
FC	81
FR	18

Sor 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) Gata Iervá 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 e 5.ª 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 imprevisíveis (eis) ou fortuitas. 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 imprevisíveis que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo 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



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

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 22/11/19 Hora: _____ Unidade de origem: Unidade de Pronto Socorro Unidade de destino: Unidade de Pronto Socorro
Responsável pelo transporte: ☒ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S	Motivo da transferência:	<u>Exame de Tórax</u>							
	Diagnóstico:	<u>Exame de Tórax</u>							
	Sinais Vitais: PA	mmHg	FC	bpm	FR	rpm	T	°C	
	SpO2	%	Escore de dor						
	Medicamentos em uso								
	Riscos gerenciados	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> JEV <input type="checkbox"/> JLP <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros:							
	Protocolos gerenciados	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Outros:							
	Suporte de oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> U/min <input type="checkbox"/> Nebulização <input type="checkbox"/> U/min <input type="checkbox"/> Ventilação							
	Acessos vasculares	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Port a cath <input type="checkbox"/> Outros:							
	Sondas, drenos, ostomias	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:							
	Outros dispositivos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:							
	Lesão de pele	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local: Estágio:							
	Curativos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual produto?:							
	Precaução	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Aerossóis <input type="checkbox"/> Gotículas							
	Monitorização	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:							
Nível de consciência	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Comatoso								
Locomoção	<input type="checkbox"/> Deambula sem auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado								
Transporte utilizado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Incubadora de transporte								

BREVE HISTÓRICO

B	Antecedentes	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> JAVC <input type="checkbox"/> IDPOC <input type="checkbox"/> Outros:							
	Alergias	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:							
	Procedimentos realizados	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:							
	Valores, crenças, barreiras	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:							

AValiação

A	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	

RECOMENDAÇÕES

R	Recomendações especiais e pendências	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual(s)?:
	Exames Pendentes:	

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem: 24.11.19 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:

Nome completo: Renato Augusto de JesusData de nascimento: 02/05/1967

Número do registro: _____

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 07/06/2019 Hora: _____ Unidade de origem: _____ Unidade de destino: _____
Responsável pelo transporte: ☒ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta

SITUAÇÃO

S	Motivo da transferência:	<u>Transferência de Tubo (E)</u>							
	Diagnóstico(s):								
	Sinais Vitais: PA	mmHg	FC	bpm	FR	rpm	T	°C	
	SpO2	%	Score de dor						
	Medicamentos em uso								
	Riscos gerenciados	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Flebite	<input type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> IPP	<input checked="" type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Outros:		
	Protocolos gerenciados	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Dor torácica	<input type="checkbox"/> Outros:				
	Suporte de oxigênio	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Cateter	<input checked="" type="checkbox"/> U/min	<input type="checkbox"/> Nebulização	U/min	<input type="checkbox"/> Ventilação	
	Acessos vasculares	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> VCP	<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> Port e cath	<input type="checkbox"/> Outros	
	Sondas, drenos, ostomias	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?					
	Outros dispositivos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?					
	Lesão de pele	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Local:	Estágio:				
	Curativos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual produto?					
	Precaução	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Aerossóis	<input type="checkbox"/> Gotículas			
	Monitorização	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?					
Nível de consciência	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input checked="" type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Comatoso					
Locomoção	<input type="checkbox"/> Deambula sem auxílio	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxílio	<input type="checkbox"/> Acamado						
Transporte utilizado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input checked="" type="checkbox"/> Maca	<input type="checkbox"/> Incubadora de transporte						

BREVE HISTÓRICO

B	Antecedentes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Outros
	Alergias	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?				
	Procedimentos realizados	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?	Data: _____			
	Valores, crenças, barreiras	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?				

AVALIAÇÃO

A	Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	

RECOMENDAÇÕES

R	Recomendações especiais e pendências	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual(s)?
	Exames Pendentes:	

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

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

Foi realizado o exame:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Paciente apresentou intercorrência durante o exame:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual:
Conduta imediata:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual:

SECRETARIA DE SAÚDE
GOV. DO RIO DE JANEIRO

MEIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

RESULTADO RISCO ALTO RISCO MODERADO RISCO BAIXO

SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS - ESCORE

ENTREMAN - CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR "SIM"

Isis Capriles da Silva

AVANÇO DO RISCO DE BRONCOESPASMO
Código: _____
Fórmula: 0,1
Data de Avaliação: _____
Página: 1 de 2

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

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 68768 [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 Sanguínea	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 Específico 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 Medicações 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

Página 2 de 2

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	ortogenises	[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		
Horário De Saída Da S.O	10:25	[1]

SINAIS VITAIS

PA	120x87	[1]
----	--------	-----

OUTROS DADOS E SINAIS

Sat O2	99 %	[1]
--------	------	-----

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	27.11.19	[1]
Hora	23:30	[1]

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação	paciente admitido no cc na so5 consciente, orientado, verb, para tto 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

Página 2 de 2

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

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

Página 1 de 2

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]
JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO, ENFERMEIRO(A) COREN 519937 [2]

Nº: 47486893 27/11/2019 às 18:29

PACIENTE

Data De Admissão 27/11/2019

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência

Data Da Cirurgia 27/11/2019

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE TIBIA ESQUERDO

Pulseira De Identificação MSD

Comorbidades NEGA

Nome, dosagem, frequência NÃO TOMA

Alergia- Descrição NEGA

Tabagista Não

Etilista Não

Internações Anteriores SIM

Motivo das Internações CIRURGIA

Cirurgias Anteriores Sim, FIRMOSE

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa

Orientações Ao Paciente Cirurgia

Reserva de Hemoderivados Não

Reserva de Hemoderivados

Higienização Sim

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum Sim

CONFORTO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data 27/11/2019

Hora 18:33

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento cadja

Hora 22:00

Sala 05

Condições Da Pele ao início da cirurgia Integro

Início Da Anestesia 22:20

Término Da Anestesia 00:15

Início Da Cirurgia 22:50

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

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 Da Cirurgia

27/11/2019

[1]

Procedimento Cirúrgico 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 519 537-ENF

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

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 F. Carneiro
COREN/CE nº 637-ENF



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
64651121



27/01/2020 17:46:25

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	
98019009920 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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

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.: 01/05/1987	Atendimento: 64651121	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA CRM 14255 [1]	Nº: 49265262	09/01/2020	às 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]
--------------	-------	-----

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 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 17:48:15

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 Residencial	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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

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 14108 [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 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			
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
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

R4310RA (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

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		
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

Página 1 de 1

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 8280 (1)	Nº: 48061136	11/12/2019	às 12:21

ANAMNESE

Queixa Principal

15 DIAS DE POS OP DE FRATURA 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 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			
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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

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 8260 [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

Página 1 de 1

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

IdCu}

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		
68964000564006038			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/02/2020	14:00		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clínica	
2742390 GUILHERME DE CASTRO OLIVEIRA		1-MEDICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

RA310RA - (1.10) LEANDRO GOMES FORTE

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:	Leitor: /	
Profissional(is): GUILHERME DE CASTRO OLIVEIRA CRM 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 Consciência	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		

ALTA

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 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]

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 06/02/2020 às 15:07		

ANAMNESE

Queixa Principal

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

[1]

ANEXO
AVULSO

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 ACMAA APRE SENTIU 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 Agente + Arany

fx export a thier p

tr Smys

~~04/12/2019~~

~~Dr. Walter~~

VK99111

Raulo Elzel Prota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9314 SBO: 11209

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: <u>Dr. J. A. D. S.</u>	
CRM: <u>20132</u> UF: <u>CE</u> N.º: <u>11</u>	
Endereço Completo e Telefone: <u>R. de Lenciano 111</u>	
Cidade: <u>Maracá</u> UF: <u>CE</u>	

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

Dr. J. A. D. S.
Médico
CRM: 20132

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Jose Augusto de Araujo

Endereço: Rua Avelino Leal 110-1544

Prescrição:

Uso Oral

30 Cápsulas 500mg — 03x

Forma de uso de cápsulas em 03 dias.

Data: 10/12/09

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: <u>Jose Augusto de Araujo</u>	Assinatura do Farmacêutico: _____
Identificação: <u>0601900016</u> Emissor: <u>55 p</u>	Data: _____
End: <u>Rua Avelino Leal</u> N.º: <u>110-1544</u>	
Cidade: <u>Maracá</u> UF: <u>CE</u>	
Telefone: <u>85 - 987164882</u>	

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:

S822

Código da Doença

22/11/2019

Local e Data

Assinatura do Médico
Rafael Bezerril Nogueira

CPF 8260

Apeito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BHCLC19Z300K0

NOME
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 Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE
Nº 015383620102
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	PLAQUE	EXERCÍCIO
DIG 1	1042103159	0000000000	2019

JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
FORTALEZA / CE

42400120315
PLACANT / UF
9C2KD0800FR016349
CHASSIS

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

P	COB. ÚNICA	VEIC. COB. ÚNICA	1º	VEIC. COB. ÚNICA
V	FAVIA FVIA	PARCELAMENTO COB. ÚNICA	2º	FAVIA FVIA
A	FAVIA FVIA	PARCELAMENTO COB. ÚNICA	3º	FAVIA FVIA

PREMIUM TARIFARIO (R\$) 80.11
COT. (R\$) 0.32
PREMIUM TOTAL (R\$) 84.58
DATA DE PAGAMENTO 07/08/2019

FORTALEZA
LUGAR FONTE
Superf. 160m²
DETRAN-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 NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015383620102 BILHETE DE SEGURO DPVAT
42400120315
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
15383620102 88111880847

VIA	CEP / CNPJ	PLACA
1	42400120315	PMJ9896

1042103159
HONDA/NXR160 BROS ESD
2015 09
9C2KD0800FR016349

PAS (R\$) 36.05
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05
COT. (R\$) 0.32
PREMIUM TOTAL (R\$) 84.58
DATA DE PAGAMENTO 07/08/2019

SEGURO LÍDER - DPVAT
CHAV. 015.340.8000001-04
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 TÍBIA ESQUERDO-P.3,44.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (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 FUNCIONAL MEMBRO 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, Município 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 Ocorrência, 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: cartoriomondubim@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. / / da
Verdade.

Maria Vanda Leite Gadelha (Ecrevente Autorizada)

Valor Total R\$ 7,87

Cartão de identificação do outorgado, Alexandre Barbosa da Cruz, com foto e dados pessoais.

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, Município 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 Ocorrência, 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: cartoriomondubim@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. da
Verdade.

Maria Vanda Leite Gadelha (Ecrevente Autorizada)

Valor Total R\$ 7,87

Cartão de identificação do outorgado, Alexandre Barbosa da Cruz, com foto e dados pessoais.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072075/20

Vítima: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

CPF: 424.001.203-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/11/2019

Titular do CPF: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

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: 60164-425
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)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 14490 4
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 alfabetizado

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

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 - MARACANAÚ/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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/09/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

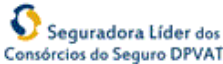
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000014490-4

Nr. da Autenticação DD24A5CBF210DA86

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	Graduação
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**.

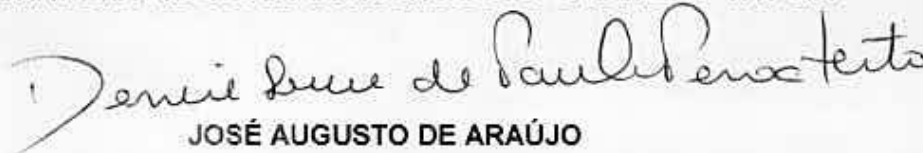
Nestes Termos,
P. Deferimento.

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
Rafaela 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 consequente 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 irretratável 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
Erinalda Cavalcante Scarcela de Lucena (OAB
7953/CE)

Forma
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 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."

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 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."

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 e. 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);

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.

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

☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

2ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 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

SaúdeSEG
André de Oliveira Leal
CRM 52643610