
Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701635

Vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701635 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. PG1,21,22,35,41,42
FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO E MANDÍBULA-OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO
FACIAIS.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 04-1741.943-90 4 - Nome completo da vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNGA

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

5 - Nome completo: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNGA 6 - CPF: 044-1741.943-90
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: ST BELA VISTA 9 - Número: 88 10 - Complemento:
11 - Bairro: DISTRITO CALDAS 12 - Cidade: BARBALHA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63180-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88-9246-5102

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: 1024 3 CONTA: 33.781 0
(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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ 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, BARBALHA-CE 02-12-2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019884199



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 3022 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/12/2019 09:17:11**
Data / Hora da Ocorrência: **13/05/2019 18:15:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT SANTA CRUZ, ZONA RURAL - CALDAS BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓX. À IGREJA DE SÃO SEBASTIÃO**

Noticiante(s)

Nome: **ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO LUNA**
Nascimento: **20/04/1992** CPF: **044.741.943-90**
RG: **20070552740** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SÁ BARRETO**
JOSÉ SARAIVA DE SÁ BARRETO
Endereço: **SÍTIO BELA VISTA**
Bairro: **CALDAS** CEP:
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98138-9734**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUX8316** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:
9C2JC4220AR400126 Renavam: **258022264** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2010**
Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A declarante, advertida das penalidades previstas nos artigos 339, 340, 342 do CPB, informou que no dia e hora acima mencionados estava conduzindo a motocicleta descrita acima, de sua propriedade, com seu afilhado TAYSIO SARAIVA FERREIRA (residente no Sítio Bela Vista, Caldas, em Barbalha/CE) na garupa, quando, na pista situada no Sítio Santa Cruz, Caldas, em Barbalha/CE, um cachorro atravessou na sua frente e, ao desviar, acabou perdendo o equilíbrio da motocicleta e caindo. Informou que após o acidente a declarante perdeu a consciência e foi levada ao hospital Regional do Cariri, em Juazeiro do Norte/CE, pela pessoa identificada como JOSÉ EDELMES SANTANA DOS SANTOS. Que seu afilhado sofreu apenas pequenas escoriações e também foi levado ao hospital Regional do Cariri para receber atendimento médico. Que do acidente a declarante teve fratura na mandíbula e no maxilar, bem como no punho além de escoriações pelo corpo. Que possui CNH. Que a pessoa identificada como DANIEL é seu agenciador e irá ajudá-la a dar entrada no requerimento de seguro DPVAT. Foi informada que será expedida guia de exame de corpo de delito. Indica como testemunhas JOSÉ EDELMES SANTANA DOS SANTOS, residente no Sítio Santa Cruz, Caldas, nesta cidade, bem como MARIA SHEILA SARAIVA, residente no Sítio Bela Vista, Caldas, Barbalha/CE. Que foi informada que

Aline Saraiva de Sá Barreto Luna Dayana



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019884199



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 3022 / 2019

será expedida guia de exame de corpo de delito. E nada mais disse.
////////////////////////////////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Layana Carvalho

LAYANA CARVALHO LUCAS - MAT.: 300656-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Aline Saraiva de S. B. Moura

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 04-1741.943-90 4 - Nome completo da vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNGA

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

5 - Nome completo: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNGA 6 - CPF: 044-1741.943-90
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: ST BELA VISTA 9 - Número: 88 10 - Complemento:
11 - Bairro: DISTRITO CALDAS 12 - Cidade: BARBALHA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63180-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88-9246-5102

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: 1024 3 CONTA: 33.781 0
(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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ 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, BARBALHA-CE 02-12-2019

x Aline Saraiva de Sa Barreto Lunga

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

P. Prodanil dos Santos Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01024-3

CONTA: 000010033787-2

Nr. da Autenticação 66AC9DB02E500477

Nº do Cliente:

10025606

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Para agilizarmos seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 023208103

Rota BL226R01 - 272500

Referência 10/2019

Nome ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

Endereço ST BELA VISTA, 00088, DISTRITO CALDAS, 63180-000,
BARBALHA

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifa B2 RURAL

Ligação Monofásico

Emissão 09/10/2019

Medidor 3070345-NAN-270

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

145,18% 0790,4166,57% 0442,3001,3636

DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias

Anterior 09/09/2019 Atual 08/10/2019 Próxima prevista 09/11/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	11.754	11.652	1.00	62	60	62	0,40290	24,98

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

-

7,57

CONSUMO

0,40290

24,98

ADICIONAL BAND. AMARELA

-

0,25

ADICIONAL BAND. VERMELHA

-

1,79

CREDITO DE PEQUENOS VALORES

-

-34,59

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	27,02	0,03	0,00
COFINS	27,02	0,14	0,04

VENCIMENTO 18/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 044.741.943-90

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (NCO₂) e 100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 10/09 - 30/09 Amarela :
01/10 - 08/10

Nº do Cliente:

10025606

Referência:

10/2019

V: [1.0.0.5]

Data de Emissão:

09/10/2019

Total a Pagar (R\$):

0,00

CPF - 1000040911

Nº da Nota Fiscal:

023208103

Nº de Controle:

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao
mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este
valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B - Série Unica-1 Nº 011515667

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-5

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi aplicada
para a Lei nº 10.136 de 28 de maio de 2002

Esta é a sua conta de

08/2019

Nº DO CLIENTE

2767309

18/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

050,58

DATA EMISSÃO

08/09/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Endereço ST LAMBEDOR 01506

63180-000 BARBALHA CABECEIRAS

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 2677547-1441-270 - SL-028701

CPF / CNPJ

010.969.843-33

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1DE7.DA44.A52C.3E1B.7A8B.0005.69D0.027A

Anterior 15/07/2019

Atual 13/08/2019

Próx. Data de Faturamento 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumo Lâmpada Atual	Consumo Lâmpada Anterior	Consumo Mês (kWh)	Consumo Lâmpada Atual	Consumo Lâmpada Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	22581.90	21918.08	1383.30	0.00	0.00	0.00	1.00	1383.30	1383.30	0.81443	776.08

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

CP - LUM FUS PREF MUNIC			61.30
Jane Mesóclima			0.87
Consumo	1.285	0.81443	776.08
Adicional Band. Amarela			18.98
Adicional Band. Verde			24.22
Plano Otimizado			65.18

CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Importante	Utilizado	Saldo (kWh)	A Explorar
			Atualizado	Proxima Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão / Compensado / Consciência Ecológica
kg CO₂ / kg CO₂ / (%)

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
IMPASEP	625.55	1.56%	11.16
OPFMS	625.55	5.10%	30.91
ICMS	625.55	27.30%	222.17

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif. Amarela : 18/07 - 31/07 Verde : 01/08 - 13/08

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
---------	-----------

8381000009 4 50580031300 6 01902214003 5 00002767309 0



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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.969.643/33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.741.943/90

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.741.943/90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M. E. I Renda: 2.793,17 e apresento os documentos comprobatórios:

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

☐ 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: <u>SÍTIO LAMBEDOR</u>	Número: <u>1505</u>	Complemento:
Bairro: <u>ZONARURAL</u>	Cidade: <u>BARBALHA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail:	CEP: <u>63180-000</u>	Tel.(DDD): <u>88 44021543</u>

Local e Data: BARBALHA - CE 02-12-2019

Cicero Daniel dos Santos Silva

Assinatura do Declarante

NOME: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO PRONTUÁRIO: 174677
DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1992
SOLICITANTE: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM
SETOR SOLICITANTE: AMBULATORIO
DATA DO EXAME: 12/07/2019 HORA DO EXAME: 08:38
DATA DO LAUDO: 12/07/2019 HORA DO LAUDO: 11:14
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:

Trauma.

TÉCNICA:

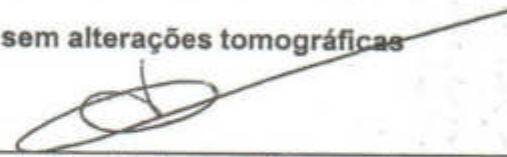
Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados no plano axial do crânio e da face, com reconstrução no plano coronal e 3D.

ANÁLISE:

- Fratura envolvendo a base do processo condilar da mandíbula à direita, corrigida cirurgicamente, apresentando material metálico de osteossíntese caracterizado por pinos e miniplacas.
- Espessamento do revestimento mucoso do seio maxilar direito, associada a redução volumétrica. Notamos ainda rebaixamento do assoalho orbitário ipsilateral.
- Imagem de aspecto polipoide com atenuação de partes moles em assoalho do seio maxilar esquerdo (polipo/cisto de retenção).
- Septo nasal levemente tortuoso com desvio para a esquerda, por uma distância de 2,9 mm.
- Seios etmoidais com septos intercelulares preservados, seios esfenoidais e frontais anatômicos e aeração normal.
- Complexos de drenagem ostiomeatais pérvios com aspecto anatômico.
- Fóveas etmoidais simétricas.
- Fossas pterigo-palatinas e infratemporais preservadas.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Persistência do cavum vergae (variante anatômica).
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura em côndilo mandibular direito, corrigida cirurgicamente com material de osteossíntese
2. Sinusopatia inflamatória crônica maxilar direita, associada a redução volumétrica (seio silencioso).
3. Parênquima encefálico sem alterações tomográficas


Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
Médico Radiologista CRM-CE 10485
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB





Study date: 05/13/2019
Study time: 21:18:25

Series number: 2
Image number: 1

Study date: 05/13/2019
Study time: 21:18:25

Series number: 2
Image number: 2



KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas

WWW/MC:4096/2047



(Underlined)

(Underlined)

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas

WWW/MC:4096/2047

22:19
13/05/2019





NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

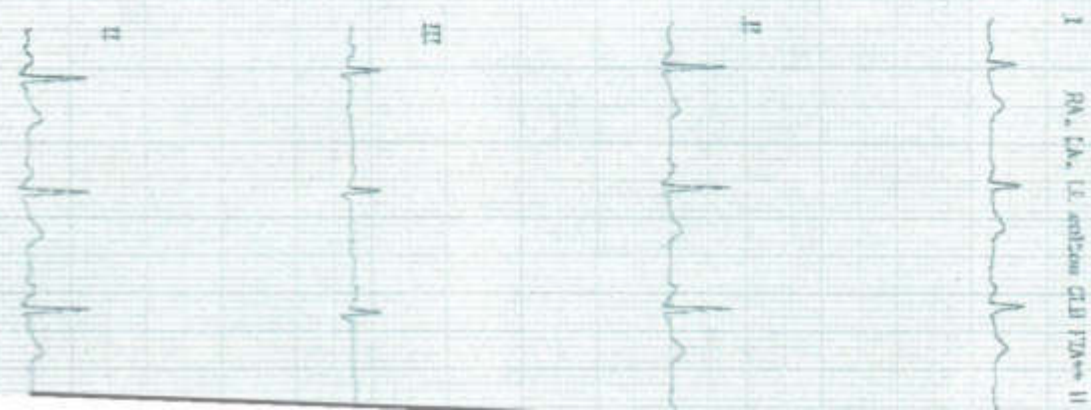


NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

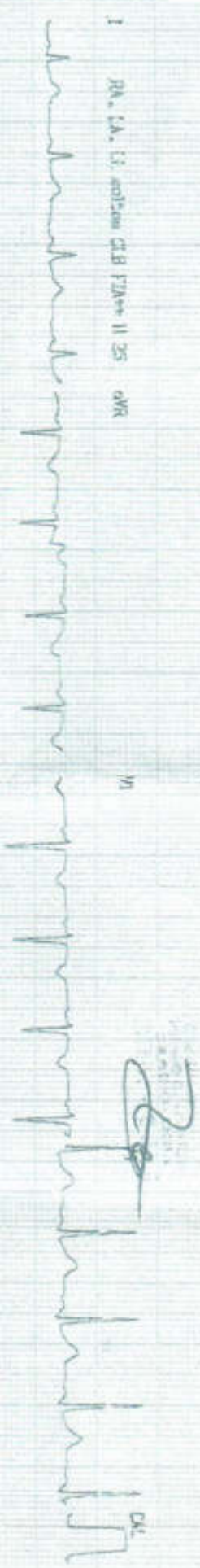
AP view
27 cm



APR 27 AND 24.05.19

Walter Stewart Rogers
51 Collins St
Alameda

PA, LA, IL, and CA FTA = 25 cWR





HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 239 - Barbacina - Ceará

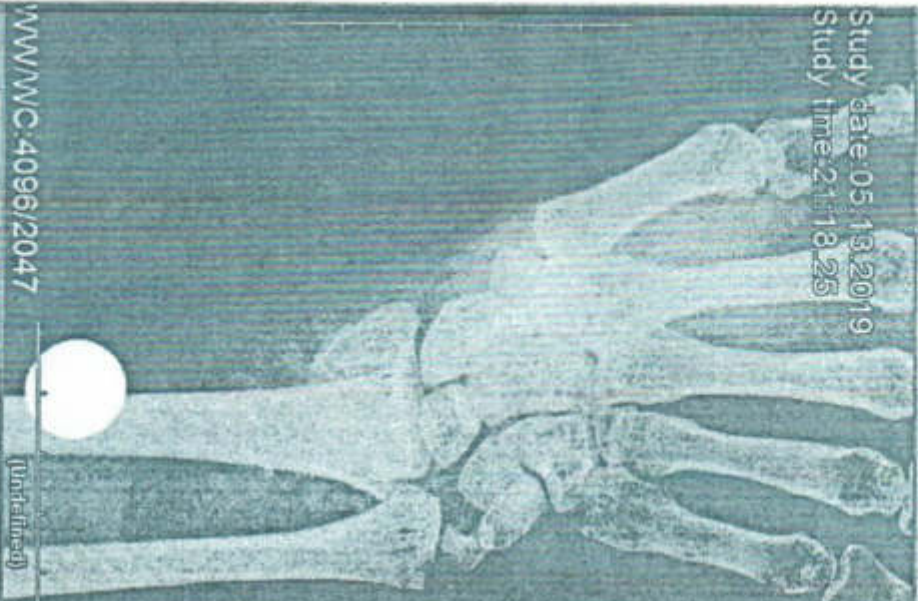
Nome: Almeida Soraia de Sa

Nº doc: Barreto 222

Soraia Soraia de Sa



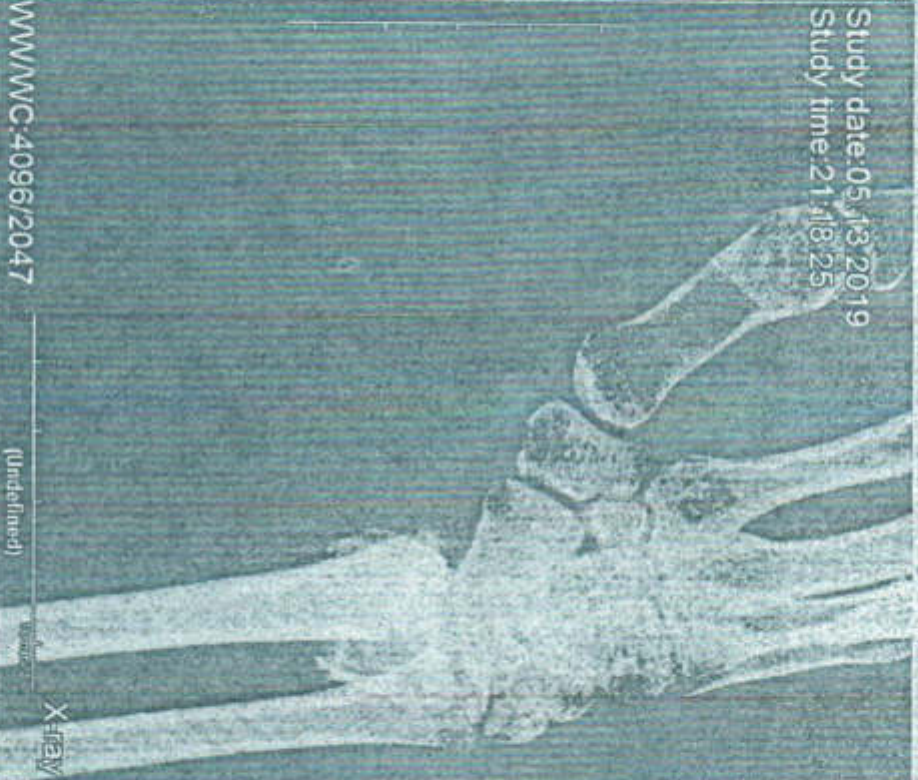
Study date: 05.13.2019
Study time: 21:18:25



Series number: 2
Image number: 1

Study date: 05.13.2019
Study time: 21:18:25

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas
WWW/MC: 4096/2047
(Undefined)



Series number: 2
Image number: 2

KVP: kV
X-ray tube current: mA
Exposure: mas
WWW/MC: 4096/2047
(Undefined)



Series number:2
Image number:2

X-ray tube current: mA
Exposure: mas

KV:P:KV

X-ray tube current: mA

Exposure: mAs

2219
13/05/2013



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Prontuário: 174677 Admissão: 21/05/2019
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 1 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA Telefone: (88) 98117-8557
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 485844
Destino Interno: AGENDADO CIRURGIA

HDA/Exame Físico:

RETORNA APOS ALTA HOSPITALAR COM O HD: FT DE MANDIBULA. EVOLUI COM DOR LOCAL E LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL. TC REVELA FT DE MANDIBULA (SUBCONDILIANA A DIREITA) COM INDICACAO CIRURGICA. A MESMA NEGA COMORBIDADES. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, ACIANOTICO, AFEBRIL. APRESENTA FT EM PUNHO DIREITO EM ACOMPANHAMENTO ORTOPEDICO.
.:1. SOLICITO PRE OPERATORIO E AGENDO CIRURGIA PARA 31/05/19

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Endereço: SÍTIO BELA VISTA

Bairro: CALDAS

CEP: 63183-000

Num: 0

Idade: 27 ano(s) 1

UF: CEARÁ

Cidade: BARBALHA

Prontuário: 174677

Sexo: Feminino

Localização

Clinica: CLÍNICA CIRÚRGICA I Enfermaria: 01

Leito: 504

Internação 31/05/2019 22:58 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE COM CERCA DE 24 HS DE PÓS OPERATÓRIO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA MANDIBULAR à DIREITA, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE NO PÓS OPERATÓRIO (SEM QUEIXAS ABDOMINAIS). EDEMA DE LEVE A MODERADO COMPATÍVEL COM TRAUMA CIRÚRGICO. SEM DEISCÊNCIAS OU SINAIS INFECCIOSOS. RADIOGRAFIA PÓS OPERATÓRIA NÃO REALIZADA ATÉ O MOMENTO DA VISITA. EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AMBULATORIAL.

Exames Realizados

Ex. Fís. CLÍNICO + EXAMES DE IMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS

Terapêutica Utilizada

OSTEOSÍNTESE DE FRATURA MANDIBULAR à DIREITA

Diagnóstico

S026 - FRATURA DE MANDIBULA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S026	FRATURA DE MANDIBULA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 01/06/2019

Observações Complementares

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CTBMF COM DR DAVID GONDIM CONFORME DISPONIBILIDADE DE VAGA.
TORNAR À EMERGÊNCIA DO HRC EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Responsável

Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI

Data: 01/06/2019

Dr. Francisco Aurélio L. Sandrini
CRM: 10.000-6

	Agendamento	
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Prontuário: 174677 Admissão: 18/06/2019
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 28 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA Telefone: (88) 98133-1374
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 489671
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 8 dia(s)

HDA/Exame Físico:

POS OP DE FT DE MANDIBULA HA 18 DIAS, (CONDILO). EVOLUI COM LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL , DOR LOCAL. AUSENCIA DE SINAIS FLOGISTICOS.
SEM FISTULA SALIVAR.
AUSENCIA DE LESAO NERVOSA.
CD: INICIO FISIOTERAPIA INTENSA COM PALITOS
2. SOLICITO RAO-X E RETONRO COM 8 DIAS.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	18/06/201 17:10	Não	Pendente
TC FACE SEM CONTRASTE (0206010044)	18/06/201 17:10	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Dr. David Gondim
Cirurgião
BUCOMAXILOFACIAL
CRO-CE 4891



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Prontuário: 174677 Admissão: 25/06/2019
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 2 mes(es) e 5 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA Telefone: (88) 98133-1374
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 490601
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 30 dia(s)

HDA/Exame Físico:

POS OP DE FT DE CONDILO MANDIBULAR NO DIA 31.5.19. EVOLUI COM ABERTURA BUCAL SATISFATORIA (19PALITOS), LEVE DESVIO PARA A DIREITA.
F.O SEM SINAIS FLOGISTICOS.
RAIO-X SEM ALTERACOES
CD:1. RETONRO COM 30 DIAS

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------




Dr. David Gondim
Cirurgião
Bucodentofacial
CRO/CE 4891

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Prontuário: 174677 Admissão: 06/08/2019
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 3 mes(es) e 16 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA Telefone: (88) 98133-1374
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 496178
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 60 dia(s)

HDA/Exame Físico:

POS OP DE FT DE CONDILO MANDIBULAR HA 2 MESES. EVOLUI COM ABERTURA BUCAL SATISFATORIA
F.O SEM SINAIS FLOGISTICOS. SEM QUEIXAS
TC DE FACE SEM ALTERACOES
RETORNO COM 60 DIAS.
CD:1. RETONRO COM 30 DIAS

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------


Dr. David Gondim
Cirurgião
Máxilo-facial
CRO-CE 4891





HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão 27/05/2019

Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :

DBAMV

Paciente : 3554

Idade: 27 Anos / 1 Mês / 7 Dias

Nome do Paciente : ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Data Nascimento : 20/04/1992

Sexo : FEMININO

Estado Civil : CASADO

Religião :

Profissão : AGRICULTOR

Naturalidade : BARBALHA

Endereço : SÍTIO BELA VISTA

Número : 0

Bairro : DISTRITO DO CALDAS

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180970

Telefone :

Identidade : 20070552740

CPF : 04474194390

CNS : 700505748395851

Nome da Mãe : FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

Nome do Pai : JOSE SARAIVA DE SA BARRETO

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Responsável

Nome : DAYANA DO NASCIMENTO DA SILVA SA Parentesco : AMIGO (A)

Fone :

Endereço : SÍTIO BELA VISTA

Número : 0

Complemento :

CEP : 63180970

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Número : 3606710

Data : 27/05/2019 Hora : 07:17:14

Origem : INTERNACAO

3606710

Tipo : INTERNACAO CIRURGICA ELET

Unidade de Internação : BLOCO I

Leito : APTO 9-3

Médico do Atendimento : 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM -C6002

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF : 34631348372

Convênio : 1 SUS - INTERNACAO

Plano : PLANO UNICO

Carteira :

Guia :

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Comodação : APARTAMENTO SIMPLES

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID : S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento principal : 0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / MET

Local de Procedência :

Motivos

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002

Paciente/Responsável



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO

N.S. 13790031071

2 - CNES

2564211

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

2564211

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

6 - Nº Prontuário

3854

7 - Cadastro Nacional do SUS

700505748395851

8 - Data de Nascimento

20/04/1992

9 - Sexo

☒ Feminino

10 - Raça/Cor

03 - Parda

10.1 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe

FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

12 - Telefone de Contato

8881280722

13 - Nome Responsável

FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

SITIO BELA VISTA, 0 - DISTRITO DO CALDAS

16 - Município

BARBALHA

17 - IBGE

230190

18 - UF

CE

19 - CEP

63180970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

PACIENTE ADMITIDA PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA EM ANTEBRAÇO DITO. VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

21 - Condições que justificam a internação

TTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

HDA + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

24 - CID 10 Principal

S526

25 - CID 10 Secundário

V99

26 - CID 10 Causas Associadas

Dr. Antônio Nelson Viana de Brito
Pneumologista
CREMIO 9654
CPF 430.571.013-72

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

28 - Código do Procedimento

0406020407

29 - Especialidade

CIRURGICO

30 - Caracter de Atendimento

1

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

128368744590001

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

CASSIO MURILO DA SILVA

34 - Data da Solicitação

23/05/2019

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Dr. Cassio Muriilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1-2002

6002

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bolete

41 - Série

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - () Acid. Trabalho Trajetado

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

M230190101

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Dr. André Tavares Evangelista
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 9677
CPF - 431.164.383-99

Dr. MOURA N. JUNIOR
MÉDICO ALCAIDON
CRM 200428888-0000
CPF 431.164.383-99

24/05/19

Código do Laudo: 3603705



Ficha de Anamnese de Internação

27/05/2019
Data de Emissão

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Usuário do Cadastro: DBAMV
Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Dados do Paciente

Nome: **ALINE SARAIVA DE SA BARRETO**

Paciente: 3854

Atendimento



3606710

Sexo: FEMININO Data Nascimento: 20/04/1992 Idade: 27 Anos / 1 Mês / 7 Dias

Nome da Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

Nome do Pai: JOSE SARAIVA DE SA BARRETO

Endereço: SÍTIO BELA VISTA

Bairro: DISTRITO DO CALDAS

CEP: 63180970

Cidade: BARBALHA

Telefone:

Número: 0

Profissão Declarada: AGRICULTOR

Dados do Atendimento

Data: 27/05/2019 Hora: 07:17:14 Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME: 24168

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade: BLOCO I

Leito: APTO 9-1

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

trauma em WRD

Antecedentes:

I.S.

Exame Físico:

Dor e deformidade

Hipótese Diagnóstica:

Trauma em nudo distal do 1º

Diagnóstico Definitivo:

1º nudo

Alta em: 28/05/19

Condições de Alta:



CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM 66002



HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULC

Data de Emissão 27/05/2019

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Usuário do Cadastro :

DBAMV

Nome : ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Unidade : BLOCO I

Identidade : 20070552740

Leito : APTO 9-3

Paciente : 3854

CPF : 04474194390

Nome da Mãe : FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

Dados do Responsável

Nome : DAYANA DO NASCIMENTO DA SILVA SAF Parentesco : AMIGO (A)

Fone :

Endereço : SÍTIO BELA VISTA

Número : 0

Atendimento



360671

TERMO DE RESPONSABILIDADE - MAIOR E CAPAZ

1- Disposições gerais:

a) O presente termo dispõe sobre direitos e deveres recíprocos entre o paciente, o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, tendo como base o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.

b) O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo é uma instituição filantrópica de assistência social que mantém convênio com a Universidade Federal do Ceará e com a Universidade Regional do Cariri - URCA para dar apoio às suas atividades de ensino. O seu Corpo Clínico é composto por Médicos, Professores de Medicina e seus aprimorandos.

2- Dos deveres e salvaguarda de direitos:

a) O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

b) O profissional de saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

c) O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável de sua doença.

d) Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios;

e) Quando houver discordância quanto à aplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

f) O paciente tem o direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

g) No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito ou na presença de duas testemunhas, devendo este termo ser arquivado junto ao seu respectivo prontuário.

h) Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital cessarão para o médico e para a Instituição quanto às consequências que este fato trouxer.

3- Da Incapacidade:

a) No caso do paciente, durante o tratamento, tornar-se incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, desde já ficará responsável como seu REPRESENTANTE INDICADO para representá-lo junto à Instituição e Corpo Clínico:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

b) O Representante Indicado será a pessoa de confiança do paciente, podendo ser seu parente ou não, cabendo ao paciente a sua notificação sobre esta indicação.

c) Em caso de iminente risco de vida ou de perda da qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões (e na ausência do seu Representante Indicado) o médico estará autorizado a adotar as condutas que achar necessárias para resguardar a sua saúde.

d) Estando ausente o médico assistente do paciente e ocorrendo eventos que coloquem em risco a sua saúde a Instituição lhe garantirá a assistência emergencial necessária através dos seus médicos plantonistas.

4- Do Prontuário:

a) Conforme preceituam as normas em vigor o Prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada. O seu manuseio será permitido apenas pelos profissionais envolvidos no seu atendimento, ressaltando-se o sigilo ético sobre as informações ali contidas.

b) Cabe à Instituição a guarda do prontuário pelo tempo previsto em lei.

c) O paciente tem o direito de obter relatório contendo informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação prévia e por escrito ao Setor de Arquivo Médico e Estatística;

d) O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo serem revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

5- Disposições Finais.

a) Após a alta médica o paciente deverá deixar as dependências do Hospital no prazo de até 24 (vinte e quatro horas), após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

b) O atendimento eletivo será prestado nos limites e dentro das regras do convênio a que pertença o paciente, fora dos quais o paciente e seus familiares ficarão responsáveis pelo ressarcimento ao Hospital.

O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME.

Barbalha-CE, ____/____/____

PAC. OU RESP.:

Data da Alta: ____/____/____

Assinatura

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 30/05/2019

Hora.....: 09:37

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0004

SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Atendimento : 3606710

SUS - INTERNACAO

Carteira :

APTO 1-1

Idade : 27 Anos 10 Dias 9 Horas

Aviso de Cirurgia : 103370

Paciente : 3854

Convênio Atend. : 1

Leito : 83

BEI

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 103370
Paciente : 3854
Convênio Atend. : 1
Leito : 83
Dt. Inicio : 27/05/2019 10:05
Dt. Fim : 27/05/2019 11:05
Cid Pré-Operatório : S526
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004 SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)
ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
SUS - INTERNACAO
APTO 1-1
Atendimento : 3606710
Carteira :
Idade : 27 Anos 10 Dias 9 Horas

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimentos

Procedimento: 0408020407
Convênio: 001
Anestesia: 29

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIAO 6002 CASSIO MURILO DA SILVA
ANESTESISTA 10064 MOACIR FERREIRA CHAVES JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

-PC EM DECUBITO DORSAL
-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
-APOSIÇÃO DE CAMPOS
-ABORDAGEM DO RÁDIO E VIA RADIOSCÓPICA REALIZADO FIXAÇÃO COM 02 FIOS PERCUTÂNEOS
-CURATIVO
-TALA LUVA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6002

DR(A): CASSIO MURILO DA SILVA
CRM : 6002

403370

50.403

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo		BOLETIM ANESTÉSICO		REGISTRO	ATENDIMENTO	CONVÊNIO	
					3606710	SUS	
IDENTIFICAÇÃO							
Paciente: <u>Alina Severina de São Barreto</u>				Origem: () APTD () ENFERMARIA () AMB.			
Idade: <u>27A</u>	Sexo: <u>F</u>	Peso: <u>37</u>	Altura:	Data: <u>27/05/19</u>			
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Exatoma de nódulo distal à direita</u>							
AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA							
ASA: <u>I</u>	RA: <u>132,60</u>	FC: <u>95</u>	FR:	SpO ₂ :	Tempo:		
Anestesia: <u>Bupivacaína / Bupivacaína</u>							
Complicações e/ou Testes Anestésicos: <u>Nenhuma</u>							
Jéjun: <u>7h</u>	Mallampatti: <u>E</u>	Esternomental: <u>>10cm</u>	Tireomental: <u>>5cm</u>	Interna: <u>>3cm</u>	Extensão Atlantooccipital: <u>Completa</u>	Dentição: <u>NDV</u>	
ECTOSCOPIA		AP. CARDIOVASCULAR		AP. RESPIRATÓRIO		SNC	
☒ Estado geral bom ☐ Estado geral ruim ☐ Estado geral péssimo ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Febril ☐ Desidratado ☐ Descorado ☐ Sudoreico		☐ Hemodinâmica instável ☐ Arritmia ☐ Choque ☐ Insuficiência cardíaca ☐ IAM prévio ☐ Uso de antiagregante pmt. ☐ Uso de anticoagulantes ☐ Revascularização prévia ☐ Hipertensão ☐ Insuficiência Coronariana ☐ Valvopatia ☐ Aneurisma de aorta		☐ Dispneico ☐ Tabagista ☐ Asma ☐ DPOC ☐ Hipertensão pulmonar ☐ Broncoespasmo ☐ Roncos e estertores ☐ Pneumonia ☐ Tosse produtiva ☐ Derrama pleural ☐ Pneumotórax / hemotórax ☐ Insuficiência respiratória		☒ Alerta e orientado ☐ Torporoso ☐ Agitação psicomotora ☐ Coma ☐ TCE ☐ Liquorréia ☐ Otorrágia ☐ Lesão medular ☐ Hipertensão intracraniana ☐ Déficit motor localizado ☐ AVE prévio ☐ Convulsão / epilepsia	
						ENDÓCRINO / MET / RENAL	
						☐ Diabetes ☐ Hipertireoidismo ☐ Hipotireoidismo ☐ Obesidade ☐ Desnutrição ☐ IRC ☐ IRA ☐ Hematuria ☐ ITU ☐ GESTAÇÃO Semanal:	
EXAMES COMPLEMENTARES							
Hto: <u>36,5</u>	Hb: <u>16,1</u>	Pqt: <u>260mil</u>	Glicemia:	Creatinina:	Uréia:		
Na: <u>136</u>	K: <u>4</u>	Ca: <u>2</u>	Mg: <u>0,8</u>	TP: <u>11,3</u>	Atv: <u>96%</u>	INR: <u>1,02</u>	
RX Tórax:							
ECG:							
Avaliação Cardiovascular: <u>Good</u>							
Outras Observações:							
Anestesia Proposta: <u>Fluoroscopia de placa torácica</u>							
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
① <u>Crise cirúrgica de fratura de nódulo distal à direita.</u>							
②							
③							
PÓS-ANESTÉSICO							
DESTINO DO PACIENTE		ESTADO DE CONSCIÊNCIA		VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO	
☒ Enfermaria ☐ SRPA ☐ CTI ☐ Casa (ambulatorial)		☒ Consciente e orientado ☐ Lavemente sedado ☐ Sedação profunda ☐ Coma		☒ Sem dispositivos acessórios ☐ Cateter nasal ☐ Máscara de Venturi (%) ☐ Máscara laringea ☐ Sonda Traqueal		☒ Espontânea ☐ Assistida manualmente ☐ Ventilação mecânica	
						SISTEMA CARDIOVASCULAR	
						☒ Estável hemodinâmica ☐ Instável hemodinâmica ☐ Uso de DVA ☐ Choque	
SINAIS VITAIS							
PA: <u>126x54</u>	FC: <u>100</u>	FR:	SpO ₂ : <u>100%</u>	Temperatura:			
ANESTESIOLOGISTA		CIRURGIÃO PRINCIPAL		PRIMEIRO AJUDAR			
Dr. Mosca Dr. Mônica Chaves Anestesiologista CRM-EC 10.064		Dr. Camilo Murilo					



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AV. DEL. JOÃO COELHO, 289 - PONEI - (SAX/58) 3532-7100
CNPJ: 06.924.506/0001-12



cuidado
humanizado



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: <u>Alma Sarmiva de sa. Pereira</u>		ATENDIMENTO: <u>3606710</u>	
Admissão no centro cirúrgico			
DATA: <u>21/05/19</u>	HORÁRIO:	Procedência: ☒ Enfermaria () Externo () UTI () Apto. () outro	
Prótese dentária: ☒ não () sim:		Adornos: ☒ não () sim:	
Jejum: () não ☒ sim: desde as _____ h		Roupa íntima: ☒ não () sim:	
Procedimento Realizado: <u>exame cirúrgico de base de coxas direita esquerda</u>			
Evolução na Sala Operatória			
Punção venosa: ☒ veia periférica JELCO Nº: <u>29</u> A.V.C () dissecação venosa LOCAL: <u>ME</u>			
Posição para cirurgia: () Ginecológica () Litotômica ☒ Dorsal () D.Ventral () D.Lateral D/E			
Sonda Vesical: ☒ não () sim Tipo: () demora () alívio Número: _____ Presença diurese: () não () sim			
Placa Bisturi: ☒ não () sim Local: () panturrilha D/E () dorso ombro D/E () coxa D/E			
Anestesia: ☒ Bloqueio Qual: <u>Bloqueio de flexão R/L</u> Geral () Sedação () Local			
HEMOTRANSFUSÃO ☒ não () sim C.H. () PLASMA FRESCO () PLAQUETAS ()			
D. Os: ☒ não () sim Tipo: () Tórax D/E () tubular/laminar () penrouse () Kher () sucção () outros			
COMPRESSAS OFERECIDAS: () não ☒ sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: () não ☒ sim:	
GRANDES: <u>05</u> PEQUENAS:		GRANDES: <u>05</u> PEQUENAS:	
CIRURGIA: INÍCIO: <u>1000</u> h		TÉRMINO: <u>1110</u> h	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS		VIA	DOSE
1- <u>cefazolin</u>		<u>EV</u>	<u>2g</u>
2- <u>cefotaxima</u>		<u>IV</u>	<u>400mg</u>
3- <u>amoxiclavina</u>		<u>IV</u>	<u>400mg</u>
4- <u>diclofenaco</u>		<u>IV</u>	<u>1.5g</u>
5- <u>cefepime</u>		<u>IV</u>	<u>1000mg</u>
6- _____			
7- _____			
8- _____			
9- _____			
10- _____			
HGT			
Encaminhado peça para exame: ☒ não () sim: qual: _____			
INTERCORRÊNCIAS: <u>não</u>			
OBS: <u>entrega de exames de intensificação</u>			
Alta da sala operatória as: _____ h Destino: () RPA () UTI AD. () UTINEO () TIPED () Enfermaria () Apto. () Necrotério			
<u>Davi + Alina</u> CIRCULANTE DA SALA - ASS./COREN		<u>Enimar</u> INSTRUMENTADOR - ASS./COREN	
Recuperação Pós - Anestésico - RPA			
Admissão: nível consciência: () acordado () sonolento () acorda quando chama () dormindo () TOT			
Queixas: () sem queixas			
Respiração: () ndn () com necessidade de suplementação O ₂			
Local cirúrgico: () ndn () alterado			
SNG: () não () sim SNE: () não () sim Sonda Vesical Demora: () não () sim			
Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: () não () sim Qual: () uso O ₂ l/min			
ESTOMA: () não () sim: ASPECTO: _____			

58.284



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 299 Fone: (88) 3532 - 7100

CNPJ:03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: 3606710 Cliente: Alma Francisca de sa. Pereira
Idade: 27 anos ASA: 2 Data: 27.05.19
Clínica: B L I Quarto: 1-1 Categoria: 505
Cirurgião: Dr. Cassio Muniz
Diagnóstico: _____
Procedimento realizado: escleroterapia cirúrgica de Est. de Córdova de 1.º grau

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

1 x ply. energia

RESP. PREPARO:

licença

DATA ESTERILIZAÇÃO:

23.05.19

NÚMERO DO LOTE:

11052305191809

DATA DO USO:

(26.05.19) 27.05.19

HORA:

10.00 A 11.10

S.O.

D

CIRURGIÃO:

Dr. Cassio Muniz

OBS:

eletiva

INTEGRADOR

Ex-1-ply. energia 330 g
11052305191809
23.05.19



BOLETIM DE CIRURGIA

50322

PACIENTE:

CONVENIO:

REG. N°

DIAGNÓSTICOS:

CIRURGIA REALIZADA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR



Hospital Mater. Dade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3597647
3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Paciente.....
Solicitante....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICIO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido....: 897468
Idade.....: 27a 1m 0d
Atendido.: 16/05/2019
Laudado...: 16/05/2019

PUNHO DIREITO

- Fratura distal do rádio e da base do processo estilóide da ulna.

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682



PRESCRIÇÃO: 1284185 DATA: 27/05/2019 10:00
TENDIDO: CMURILO
ATENDIMENTO: 3606710 DT NASC: 20/04/1992 (27A 1M 6D)
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
PACIENTE: 3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO: 27/05/2019 07:17 0 DIAS (5) INT

1ª VIA

VEICULO: CASCO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT: BLOCO I LEITO.: APTO 1-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CIVIL: 3854 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA] CICLO: 1
DIAGNÓSTICO:
PROTÓTIPO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3606710

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA BRANDA					Livre	[27/05]	10
Obs.: APÓS RECUP ANESTÉSICA						[28/05]	10

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 (D1/2) SORO FISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO FR 500ML	1	FRASC C/500		IV	12hs/12hs	[27/05]	20
Obs.: LENTO NAS 24 HRS						[28/05]	08
3 (D1/2) CEFAZOLINA SODICA 1G FA	1	FA C/1G		IV	12hs/12hs	[27/05]	20
Justificativa: PROFILÁTICO						[28/05]	08
Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD							
4 (D1/2) DÍPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA	1	AMP C/2ML		IV	4 x ao dia	[27/05]	20
Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD						[28/05]	08
5 (D1/2) TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 1ML (TRAMADON)	1	AMPOLA		IV	3 x ao dia	[27/05]	20
Obs.: DILUIDO EM 100 ML DE SF SE DOR INTENSA					SIN	[28/05]	08

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 CUIDADOS GERAIS					Contínua	[27/05]	10
Obs.: MEMBRO OPERADO EM REPOUSO						[28/05]	10

Dr. Cassio Muriilo da Silva
CRM: 3401345377
CASSIO MURILO DA SILVA
CRM: 3402



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médicos

27/05/2019

10:03:53
CMURILO

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA
BARRETO

Atendimento: 03606710

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO 1, APTO
1-1

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE SINTESE EM RADIO DISTAL

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM - 6002



**Hospital Maternidade São Vicente de
Paulo**
Evolução do Enfermeiro

27/05/2019
14:42:07
DTAVARES

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 1-1
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução do Enfermeiro

Evolução Diurna 27/05/2019

Cliente em POI de correção de fratura em punho D, evolui consciente, orientada, eupneica, normotensa e afebril. Aceitou a dieta ofertada. Tem uma fratura de mandíbula. Venóclise por AVP. Pele íntegra, aplicado protocolo de prevenção de LP. MSD enfaixado. Tem fluoroscopia de controle. Diurese espontânea. Segue aos cuidados de enfermagem.


DANIELE DE ALCANTARA TAVARES
COREN - 137495



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

27/05/19
17:00:00
GPEXOTO

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: BLOCO L, APTG 1-1
Serviço: ORTOPEdia E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

27/05/19

08:00H. Paciente admitido no pré operatorio de fratura de punho direito, com tala gessada, veio deambulando acompanhada por familiares e funcionario do setor de origem, exames externo anexo ao prontuario, relata ser alergica paracetamol e buscopam, aguarda S.O.

PA=120X80MMHG T=36.1°C.

09:55H. Encaminhada para S.O.

Vera Lucia Duarte

VERA LUCIA DUARTE. COREN 485722

11:30h, CLIENTE RETORNA S.O EM MACA VENOCILISE POR AVP, ENFAIXAMENTO EM MSD, FLUROSCOPIA ANEXA AO PRONTUARIO, SEGUE TRATAMENTO SEM INTERCORRENCIAS.

PA=110X70MMHG

T=36.4°C.

13:40H. Paciente refere algias medicado c.p.m, aceitou bem a dieta.

PA=110X80MMHG T=36°C.

Jacqueline Santos
JACQUELINE SANTOS 558190



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

28/05/2019
06:00:00
MAY 19 2019

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: BLOCO 4, APTO 1-1
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

27/05/2019

22:00h-POI-Fratura em Punho-Paciente evolui consciencia, calma, mantendo F.O em MSD com curativo/enfaixamento externamente limpo e elevado, venoclise por AVF, com algias, sendo m.c.p, em repouso no leito sob cuidados.

Aferidos P.A-110x70mmhg T-36.5°C

28/05

05:00h-Segue sem maiores queixas.

Cicera Gerhild Farias de Sousa-COREN-05369789

Cicera Gerhild F. Sousa

PRESCRIÇÃO: 1284480 DATA: 28/05/2019 12:00
USUARIO: FWLEITE
ATENDIMENTO: 3606710 DT NASC: 20/04/1992 (27A 1M 7D)
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
PACIENTE: 3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO: 27/05/2019 07:17 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

ME. TCO.: CASIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO 1 LEITO.: APTO 1-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
CID.: S22.4 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO (ULNA) CICLO.: /
DIAGNOSTICO:
PROCEDIMENTO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3606710

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTO DE ALTA

1 ALTA MEDICA

Obs.: RETIRAR AVP

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

on

Dr. Raimundo Soares

ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médica

28/05/2019

08:34:29
FWLEITE

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA
BARRETO

Atendimento: 03606710

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO
1-1

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

EVOLUÇÃO MÉDICA - 28/05/19

ID: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO, 27 ANOS, PROCEDENTE DE BARBALHA-CE
2º DIH

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM 15 DIAS DE
EVOLUÇÃO SOFRENDO FRATURA DISTAL DO RÁDIO E DA BASE DO PROCESSO
ESTILOÍDE DA ULNA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

HPP: REFERE ALERGIA A PARACETAMOL E BUSCOPAM.

27/05: PACIENTE REALIZOU SÍNTESE EM RÁDIO DISTAL COM FIO DE KIRCHNER.
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ACEITA BEM DIETA
LÍQUIDA, NÃO CONCILIA O CICLO SONO-VIGÍLIA, REFERE PIORA DA DOR EM
ANTEBRAÇO DIREITO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES.

FF:

EGB, ORIENTADA, CONSCIENTE, EUPNÉICA, HIDRATADA.

ACV: RCR 2T, BCNF S/S

AR: MV+, S/RA

ABD: PLANO, RHA+, S/VMG

EXT: ANTEBRAÇO DIREITO COBERTO COM CURATIVO E TALA.

CD: 1. ALTA MÉDICA

2. ORIENTO MARCAÇÃO DE RETORNO COM A ENFERMEIRA SUELI.

Dr. Rainerio Szejima

ALUNO ACABEMICO
CRM - 000000



Hospital Maternidade São Vicente
de Paulo
Anotações de Enfermagem

28/05/2019
16:18:55
EFERREI...

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 1-1
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

28/05/2019

08:00 Paciente evolui consciente, calma, mantendo F.O em MSD com curativo/enfaixamento externamente limpo e elevado, venoclise por AVP, com algias, sendo m.c.p, em repouso no leito sob cuidados.

PA110/70MMHG.

08:20h, paciente com queixas de fortes algias e incomodo no local da tala, foi encaminhada para troca de tala na trumatologia.

8.36h, paciente teve visita medica e alta, aguarda transporte.

15h, retirado acesso venoso e aguarda transporte.

16h, foi para casa apos chegada do transporte.

----- ENEDINA OLIVEIRA COREN 929367

Enedina Oliveira

1-1

Atendimento: 3506710

Dt Atendimento: 27/05/2019 - 07:17

Dt Alta: 28/05/2019 - 08:20

Paciente: 3854

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 83 APTO 1-1

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: FWLEITE

CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento de Alta 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS O:

Observação de Alta

ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO, 27 ANOS, PROCEDENTE DE BARBALHA-CE
2ª UH

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM 15 DIAS DE EVOLUÇÃO SOFRENDO FRATURA DISTAL DO RÁDIO E
DA BASE DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

HPP: REFERE ALERGIA A PARACETAMOL E BUSCOPAM.

27/05: PACIENTE REALIZOU SÍNTESE EM RÁDIO DISTAL COM FIO DE KIRCHNER. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ACEITA BEM DIETA LÍQUIDA, NÃO CONCILIA O CICLO SONO-VIGÍLIA,
REFERE PIORA DA DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES.

EF:

EGG: ORIENTADA, CONSCIENTE, EUPNÉICA, HIDRATADA.

ACV: RCR 2T, BCNF S/S

AR: MV+, S/RA

ABD: PLANO, RHA+, S/VMG

EXT: ANTEBRAÇO DIREITO COBERTO COM CURATIVO E TALA.

CD: 1. ALTA MÉDICA

2. OR. ENTO MARCAÇÃO DE RETORNO COM A ENFERMEIRA SUELI.



Dr.(a) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

CRM: C6002

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR



IMPRESSÃO DE AUTORIZAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
24/05/2019

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

PACIENTE: 700505748395851 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
NOME DA MÃE: FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

CPF:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BARBALHA

CEP:

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

PROCEDIMENTO: 0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE

DIAGNÓSTICO INICIAL: S526 - Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]

DATA - HORA: 24/05/2019 - 08:56

ESTABELECIMENTO SOLIC.: 2564211 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

PROFISSIONAL SOLIC.: 128368744590001 - CASSIO MURILO DA SILVA

ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2564211 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

MUNICÍPIO SOLICITANTE: 230190 - BARBALHA

MUNICÍPIO EXECUTOR: 230190 - BARBALHA

AUTORIZADOR: ANDRE TAVARES EVANGELISTA

CPF: 980016276890044

REGISTRO NO CONSELHO: NÃO INFORMADO

(Dia 27/05/19 (7hs)

Dr. Jéssy

16



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3597647
3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Paciente.....
Solicitante....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 897468
Idade.....: 27a 1m 0d

Atendido.: 16/05/2019
Laudado...: 16/05/2019

PUNHO DIREITO

- Fratura distal do rádio e da base do processo estilóide da ulna.

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

PACIENTE: ALINE SANTANA DE SA BARRETO
LEITO: 1-1 ATENDIMENTO: 3606710 IDADE: 27 A. CONVÊNIO: SUS
PROCEDIMENTO PROGRAMADO: FRAT. DE RÁDIO "D"
DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: 27.05.19 HORA DO ENCAMINHAMENTO: 09:55
() ALERGIAS: BUSCOPAN, PARACETAMOL

HÁ RISCO DE GRANDES PERDAS SANGÜÍNAS? (Superior a 500 ml)

() SIM () NÃO

() RESERVA DE SANGUE DISPONÍVEL - C II Quantos? _____ () PLASMA - Quilhos? _____

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO _____

JEJUM A PARTIR DAS 23.00 HS do DIA 26/05/19

RESERVA DE VAGA EM UTI () DATA: ____/____/____ VAGA EM SETOR () DATA: ____/____/____

COMORBIDADES: () HIPERTENSO () DIABÉTICO () TOSSE () FEBRE () NEOPLASIAS

OUTRAS _____

() TABAGISTA () FERIDAS/ INFEÇÕES DE PELE- Local _____

☒ CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO () BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA

() RETIRADA DE ÓRESES, PRÓTESES E ADORNOS () TRICOTOMIA

() SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO () AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

☒ CIRURGIA PRÉVIA. QUAL? CEZAREIA

EXAMES COMPLEMENTARES E IMAGENS: ☒ ECG () RX DE TORAX () USG () ECO

☒ PARECER CARDIOLOGISTA (RISCO CIRÚRGICO) GRAT () USG DOPPLER

OUTROS RX DE PUNHO "D"

HEMOGRAMA: HB: 12,10 HT: 36,50 LEUCÓCITOS: 9.070 PLAQUETAS: 260.000

TAP: TEMPO: 11,30 ATIVIDADE: 96,00 TANK: 1,02

Na: _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glicemia: 95,00 mg/dL

GRUPO SANGÜÍNEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

ACESSO VENOSO: () AVP () AVC JEICO Nº: _____ MEMBRO: _____ () NÃO POSSUI AV

SINAIS VITAIS: PA: 110/70 PULSO: _____ TEMP: 36,12 FR: _____

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS: () INTERNAMENTO + AIH () EXAMES PRÉ-OPERATÓRIO

() SAME Nº _____ OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: _____

COREN 1191340 () ENFERMEIRO ☒ TEC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: [assinatura]

[assinatura]
MARCIA DE SA SANTANA
COREN-CE 1191340-TE



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Paciente _____ Bloco _____
Leito _____ Atendimento _____

Pelo presente termo, Eu, Wagner do Nascimento da Silva Saraiva

() Paciente () Responsável pelo paciente

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Para as cirurgias **NEUROLÓGICAS** os possíveis riscos são: cegueira, surdez, perda da fala (afasia), paralisias de uma parte ou do corpo todo (paraplegia, hemiplegia, quadriplegia), perda de sensibilidade, alterações da consciência, coma e até o risco de morte.

5. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível: _____

Assinatura: Wagner do Nascimento da Silva Saraiva

Grau de Parentesco: _____ RG: _____

Testemunha 1: _____ RG: _____

Testemunha 2: _____ RG: _____

Barba, ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser Preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade Nº _____

responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, até sua residência.

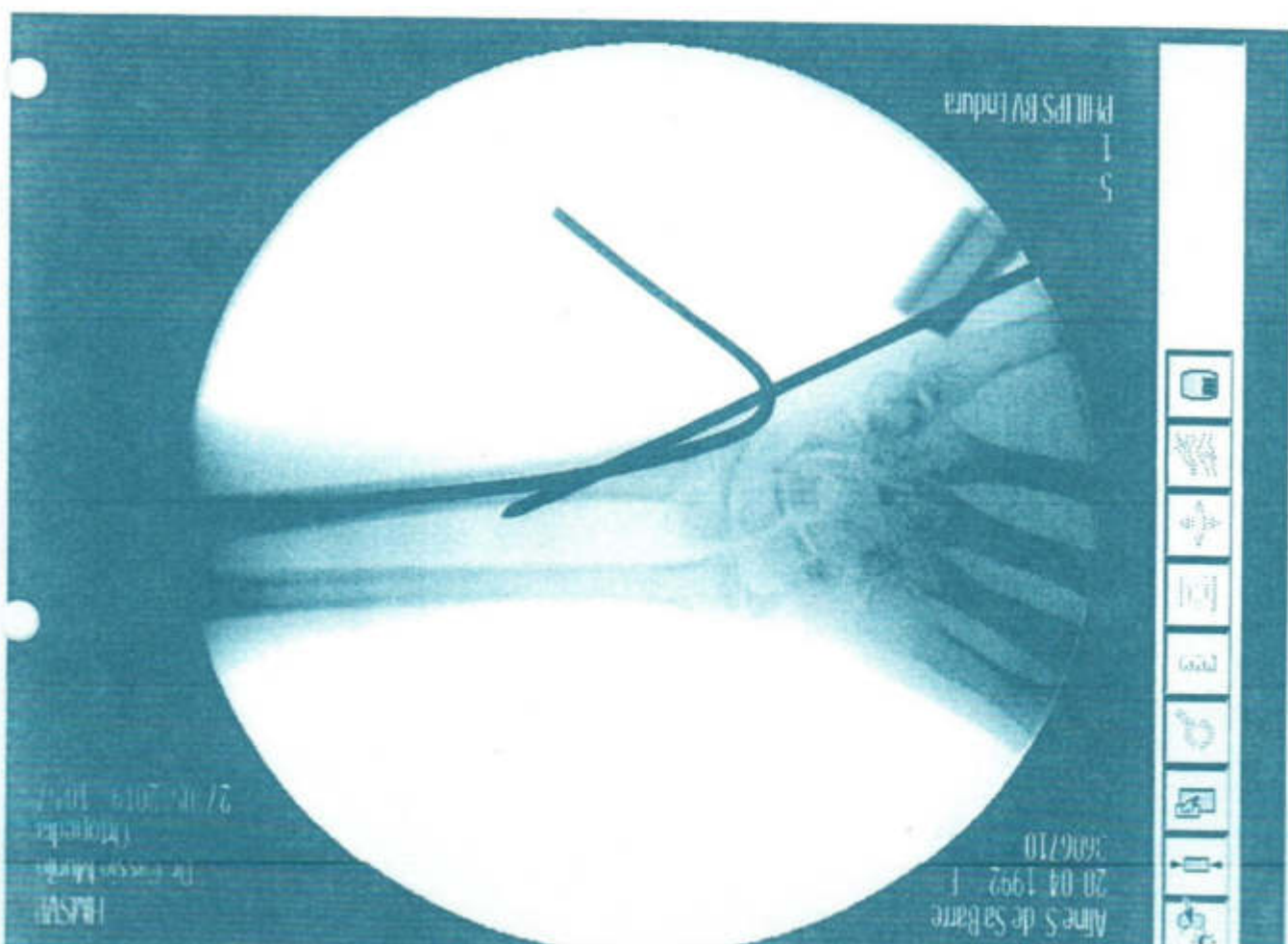
Barba, ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura: _____



PHILIPS BV Indura

Abne's de Sa Pate
20 04-1992 1
3606/710

MASSP
LRF 1.0550 MURIO
27 DE 2010 1007



S
1
PHILIPS BV Indura

Aline S. de Sa Barre
20.04.1992 F
3606710

LAASER
Dr. Ines von Krosigk
17.04.2019 10:17

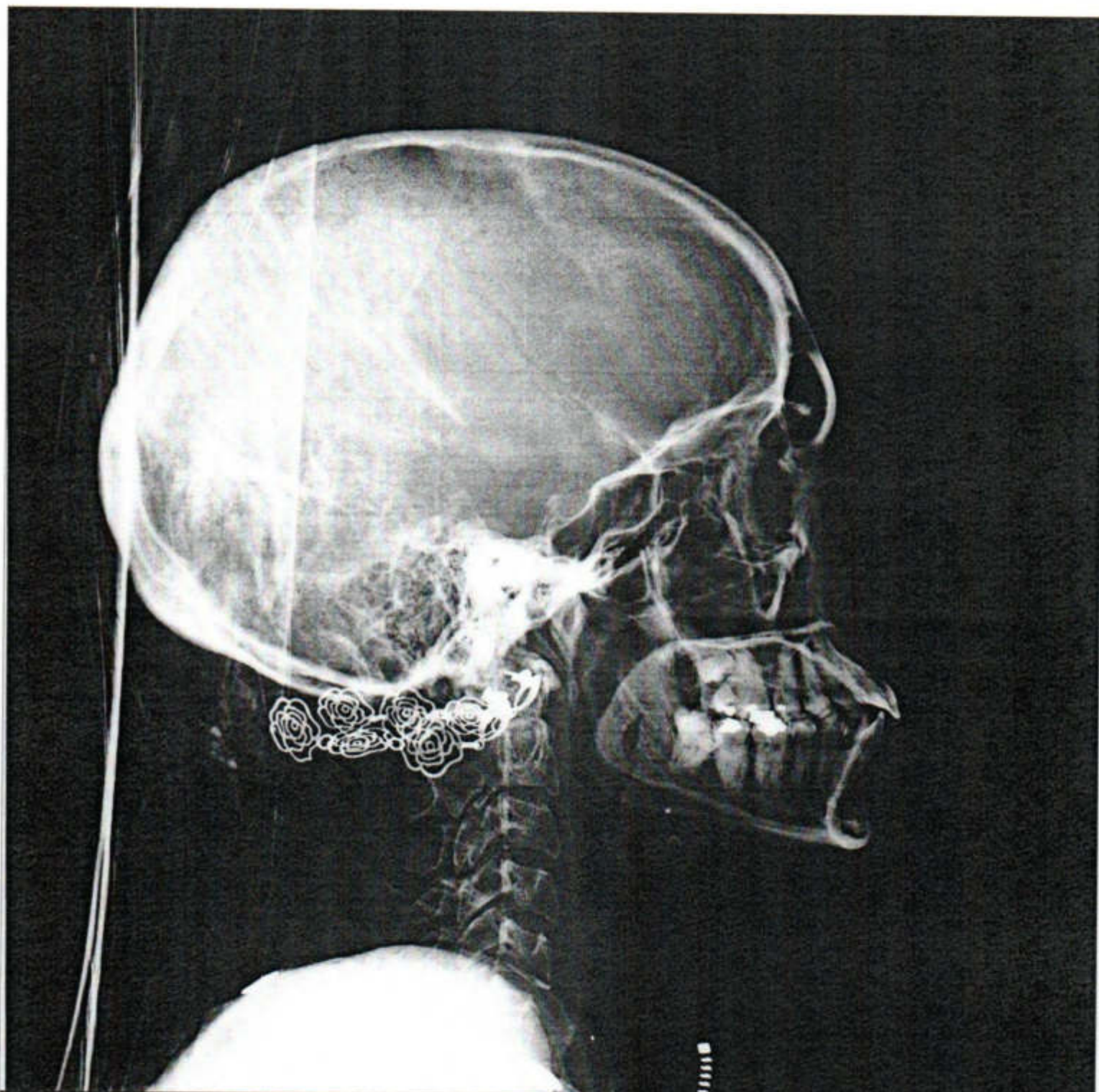




NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE:JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Pront.: 174577 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s) Admissão: 13/05/2019 19:16

Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA

Sexo: Feminino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63183-000

Bairro: CALDAS

Tel.: 88 98117-8557

Endereço: SÍTIO BELA VISTA

Num: 0

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador: EVELINE NAIARA NUVENS OLIVEIRA

Horário: 13/05/2019 19:32

Queixa:

PCT COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, RELATA DOR EM MSD, CEFALeia, APRESENTA

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO

Sato02:

Glasgow: 15 Temp.:

Glicemia:

Régua:

Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

CRM: 6

Nº: 484587

Horário 13/05/2019 19:41

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Elxo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

TRAUMA EM PUNHO E JOELHO DIREITO APOS ACIDENTE DE MOTO

AO EXAME

ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII

NV PRESERVADO

DOR EM PUNHO E JOELHO DIR, DEFORMIDADE NO PUNHO

TRAUMA EM FACE E CEFALeia

CD

RX E REAVALIAÇÃO

AV DA CIR GERAL E DA BUCO



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AP/P (0204060125)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AXIAL (0204060133)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX CRANIO AP/LATERAL (0204010080)	13/05/2019 19:58	Sim	Pendente
RX SEIOS DA FACE MN/FN/LATERAL (0204010144)	13/05/2019 19:58	Sim	Pendente

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Pront.: 174677

Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s)

Admissão: 13/05/2019 19:16

Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA

Sexo: Feminino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63183-000

Bairro: CALDAS

Tel.: 88 98117-8557

Num: 0

Endereço: SITIO BELA VISTA

PRESCRIÇÃO

Médico: ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES

CRM 6529

13/05/19 19:59

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP. ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H <u>SE DOR</u>	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	20/30
Nº TOTAL DE FASES (4) SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR NA 1ª, 2ª, 3ª, 4ª FASE(S) 500 ML FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 83.3 ML/H INTRAVENOSA / 6/6 H	20/30 08:30
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	1ª 2ª 3ª 4ª

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Admissão: 13/05/2019 19:16

Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 0 dia(s)

Tel.: 88 98117-8557

Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA

Sexo: Feminino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63183-000

Bairro: CALDAS

Endereço: SITIO BELA VISTA



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	13/05/2019 19:42	Não	Realizado
RX JOELHO D AP/P (0204060125)	13/05/2019 19:42	Não	Realizado
RX JOELHO D AXIAL (0204060133)	13/05/2019 19:42	Não	Realizado
RX CRANIO AP/LATERAL (0204010080)	13/05/2019 19:58	Sim	Realizado
RX SEIOS DA FACE MN/FN/LATERAL (0204010144)	13/05/2019 19:58	Sim	Realizado
RX PA DE MANDIBULA (0204010110)	13/05/2019 20:36	Não	Realizado
TC FACE SEM CONTRASTE (0206010044)	13/05/2019 22:35	Não	Realizado

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
13/05/2019 22:22	BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ	TO RX COM FRATURA RADIO DISTAL DIR DESVIADA CD TALA AXILO MEDICADA E ORIENTADA TTO CIRURGICO NO HMSVP EM BARBALHA RETORNO PRECOCE SN ALTA DA TO
14/05/2019 10:46	DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM	PARECER BUCOMAXILOFACIAL PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, CORADA, ACIANOTICA, AFEBRIL, EG BOM. NEGA DOR EM TORAX OU REGIAO ABDOMINAL. APRESENTA IMOBILIZACAO EM MSD. FACE: LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL COM DOR PRE AURICULAR. FCC JA SUTURADOS EM FACE. CD:1. AGUARA RESULTADO DA TC DE FACE PARA DEFINICAO DE CONDUTA 2. PRESCRICAO EM ANEXO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Admissão: 13/05/2019 19:16
Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 0 dia(s) Tel.: 88 98117-8557
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Sexo: Feminino RG: Município: BARBALHA
CEP 63183-000 Bairro: CALDAS
Endereço: SÍTIO BELA VISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador EVELINE NAIARA NUENS OLIVEIRA Horário 13/05/2019 19:32
Queixa: PCT COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, RELATA DOR EM MSD, CEFALIA, APRESENTA
LESÃO SANGRANTE EM FACE E EM QUADRIL ESQUERDO
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEL MACEDO CRUZ CRM: 13375 Nº: 484587 Horário 13/05/2019 19:41
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA / Exame Físico:
TRAUMA EM PUNHO E JOELHO DIREITO APOS ACIDENTE DE MOTO
AO EXAME
ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII
NV PRESERVADO
DOR EM PUNHO E JOELHO DIR, DEFORMIDADE NO PUNHO
TRAUMA EM FACE E CEFALIA



EX E REAVALIAÇÃO
AV DA CIR GERAL E DA BUCO

ALTA

Data: 14/05/2019 16:44

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
13/05/2019 19:32	TRAUMA MAIOR	MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	EVELINE NAIARA NUENS OLIVEIRA

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s) Admissão: 13/05/2019 19:16
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Sexo: Feminino RG: Município: BARBALHA
CEP 63183-000 Bairro: CALDAS
Endereço: SITIO BELA VISTA
Tel.: 88 98117-8557
Num: 0

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição

Horário:

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

Dr. Brando de Azevedo Cruz
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro / Cotovelo
CRM-CE 10.375 CRP-PE 2001 TETO 1456



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s) Admissão: 13/05/2019 19:16
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Sexo: Feminino RG: Município: BARBALHA
CEP: 63183-000 Bairro: CALDAS Tel.: 88 98117-8557
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Num: 0

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: EVELINE NAIARA NUENS OLIVEIRA Horário: 13/05/2019 19:32
Queixa: PCT COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, RELATA DOR EM MSD, CEFALÉIA, APRESENTA
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAELO MACEDO CRUZ CRM: 6 Nº: 484587 Horário: 13/05/2019 19:41
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

TRAUMA EM PUNHO E JOELHO DIREITO APOS ACIDENTE DE MOTO
AO EXAME
ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII
NV PRESERVADO
DOR EM PUNHO E JOELHO DIR, DEFORMIDADE NO PUNHO
TRAUMA EM FACE E CEFALÉIA

CD
RX E REAVALIAÇÃO
AV DA CIR GERAL E DA BUCO



Dr. Breno A. Macedo Cruz
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Ombro, Cotovelo e Mão
CRM-CE 13.275 CRM-PE 20941 TEST 1976

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AP/P (0204060125)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AXIAL (0204060133)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
		MINISTÉRIO DAS CIDADES		CE	
		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA					
		DOC IDENTIDADE / DNS FARMACIA IF 20070552740 SSPDS CE			
		CPF 044.741.943-90 DATA NASCIMENTO 20/04/1992			
		TRACÇÃO JOSE SARAIVA DE SA BARRETO FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO			
		PERMISSÃO ACC CATIA AII			
Nº REGISTRO 06749585994		VALIDADE 30/08/2021		1ª HABILITAÇÃO 28/11/2016	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;					
Assinatura do Portador Aline Saraiva de Sa Barreto Luna					
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE		DATA EMISSÃO 01/12/2017			
Assinatura do Emissor 14359736898 CE162531745					
CEARÁ					

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1497229021

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497229021



OUTORGANTE:

OUTORGADO:

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453076/19

Vítima: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

CPF: 044.741.943-90

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: ALINE SARAIVA DE SA
BARRETO LUNA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA : 044.741.943-90

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: 16/12/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 782.049.173-68

MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE