
Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301201

Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

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, contados 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, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301201

Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO**

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

Banco: **104**

Agência: **000001469**

Conta: **0000054142-2**

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

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: 09523483341 4 - Nome completo da vítima: MARILY JOCELENE MENDONÇA AZEVEDO TEODOSIO

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

5 - Nome completo: MARILY JOCELENE MENDONÇA AZEVEDO TEODOSIO 6 - CPF: 09523483341
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: Rua Humberto Lomen 9 - Número: 2618 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GERMIA LISBOA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60540492
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 085.986703819

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: 1469 13 CONTA: 00051142 2
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso 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 resíduo (patrimônio)? ☐ 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 pedido (a rogo) _____

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza 19-08-20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Mª Jociely Mendonça A. Teodosio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



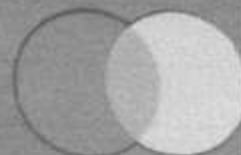
débito

6036

MARIA JOCIELA M AZEVEDO

VALID
THRU 10/24

1469 013 00054142-2



mastercard



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1410 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/08/2020 09:10:54**
Data / Hora da Ocorrência: **14/03/2020 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV B(AV. ALANIS MARIA LAURINDO DE OLIVEIRA), CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A ARRENINHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO**
Nascimento: **23/11/1982** CPF: **005.234.833-41**
RG: **2000012066576** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA CLEIDE DE MENDONCA**
JOSE EVERARDO BANDEIRA AZEVEDO
Endereço: **RUA HUMBERTO LOMEU, 2613**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.541-110**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99201-7985**

Nome: **ANTONIO ARNALDO PAZ TEODOZIO**
Nascimento: **03/10/1980** CPF: **932.072.553-53**
RG: **325162197** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **COSMA PAZ TEODOZIO**
JOSE TEODOZIO SOBRINHO
Endereço: **RUA HUMBERTO LOMEU, 2613**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.541-110**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99615-6378**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCK1327** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2NC4310BR278807** Renavam: **368262456** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AMARELO**
Proprietário: **MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMAM O DECLARANTE(VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCK-1327-CE E A OUTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEODOZIO); QUE TRAFEGAVA PELA AV. B (AV. ALANIS MARIA LAURINDO DE OLIVEIRA) NA FAIXA DA DIREITA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO E AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADAS; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020504971



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1410 / 2020

AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, SENDO LEVADAS PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

~ M^o Joseila mendonça A. Tiodozio

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: 4 - Nome completo da vítima: **MARILY JOCELENE MENDONÇA**

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

5 - Nome completo: **MARILY JOCELENE MENDONÇA AZEVEDO TEODÓZIO** 6 - CPF: **00523483341**
7 - Profissão: 8 - Endereço: **Rua Humberto Lomen** 9 - Número: **2618** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **GERMIA LISBOA** 12 - Cidade: **TERESINA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60540-992**
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **085.986703819**

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **1469** **03** CONTA: **00051142** **2** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso 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 resíduo (patrimônio)? ☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Fortaleza 19-08-20**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Maria Jociela Mendonça Azevedo Teodozio** - C.P.F. - **005.234.833-41**, no dia **14/03/2020**, às **18h48min**, na **Avenida B (Avenida Alanis Maria Laurindo de Oliveira)**, no **Bairro Conjunto Ceará**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza do acidente com o paciente em questão do processo **Nº P188895/2020**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P188895/2020**.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Nome, Data & Bairro); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Maria Jociela Mendonça Azevedo Teodozio), Data (14/03/2020) & Bairro (Conjunto Ceará)

Fortaleza, 20 de Julho de 2020.

Atenciosamente,

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

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

P. 188595/20
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: * M4	PONTO DE APOIO: Povoação	Nº DA OCORRÊNCIA: 070742
DATA: 11/03/2020	TURNO: MT	EQUIPE: UGUBU (A) / UNIVIS
NOME: MARIA ROCHA MONTANHA	IDADE: 36	SEXO: F
ENDEREÇO: R. b 2 ETAPA 650	BAIRRO: Centro Velho	
REFERÊNCIA: 10 PAVÃO MONTANHA	QUY: 18:48	QUU: 18:32
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVEAS	POR:	
<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS		

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
<input type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
<input type="checkbox"/> AGÔNICA/ AUSENTE			

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
LOCAL:	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
	<input type="checkbox"/> SECA		
	<input type="checkbox"/> QUENTE		
	<input type="checkbox"/> FRIA		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6
À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
TOTAL: 15	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2
PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA					
FC: 74	PA: 120/80	FR: 20	GUC.: —	OXIM.: 95	TEMP.: —

CONSCIENTE, ORIENTADO, VIGILANTE, EUPNEICO, VITAL
SEM COMPLICAÇÕES, SEM SINAIS DE PEEA
P. FAVORABLE, DESLOCAÇÃO COM INTENÇÃO
NENHUM COMPROVADO
NENHUM COMPROVADO
NENHUM COMPROVADO

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: 28/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 000000054142-2

Nr. da Autenticação CD4F3D516069E6F8

6127979

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 Videvino, 190

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Para regular seu abastecimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 073783538

Rota FOL17U22 - 374200

Referência 07/2020

Nome MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEODÓZIO

Endereço RU HUMBERTO LOMEU, 02613 - 02613, GRANJA PORTUGAL,

Classificação 60541-110, FORTALEZA

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 25/07/2020

Medidor 5078517-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

0550C7224568EEB363BF2D095200C2

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias

Anterior

25/06/2020

Atual

25/07/2020

Próxima prevista

25/08/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (KWh)	Consumo Incl. (KWh)	Consumo Excl. (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FP	7,400	7,306	1,00	92	00	92	0,2659	21,06

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CRÉDITO PRÓXIMAS FATURAS	-	9,59
CIP - TILIM PUB PREF MUNIC	-	4,14
PIS COMPL BX RENDA	-	0,06
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,34
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-21,44
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	21,44
PAGAMENTO DUPLICIDADE/NÃO LOC	-	-34,90
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18267	5,48
CONSUMO DE 031 KWH ATE 082 KWH	0,31500	16,38
BÔNUS ITAIPU	-	-1,09

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	43,30	0,34	0,14
COFINS	43,30	1,50	0,69

VENCIMENTO 31/07/2020

TOTAL A PAGAR 0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 005.234.833-41

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) 5,07 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 26/06 - 25/07

Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido
partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário médio de
3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em
14/04/2020, postergado devido ao covid19.Nº do Cliente: 6127979
Data de Emissão: 25/07/2020
Nº da Nota Fiscal: 0550C7224568EEB363BF2D095200C2Referência: 07/2020
Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº de Controle: 10016183073V: [1.0.0.14]
SIN: 10016183073-3713

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade desse relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória sua apresentação.
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MARIA SOLANGE MENDONÇA AZEVEDO FROBENO
Nº DO SINISTRO: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 14,03,20 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 14-03-20
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: CARLOS KALUME ROSE

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Sofor fratura coluna torácica

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Resumo TC cirurgia fratura em
Artroscopia 22

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE EXISTENTE? SIM ☐ NÃO ☒
CASO POSITIVO, DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1ª	<u>Dor e limitação funcional prolongada</u>
2ª	<u>fratura coluna torácica</u>
3ª	<u>com</u>
4ª	
5ª	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12,08,20 A 14,03,20 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Portale
LOCAL

12,08,20
DATA

D. Carlos Kalume
ASSINATURA E CARIMBO

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

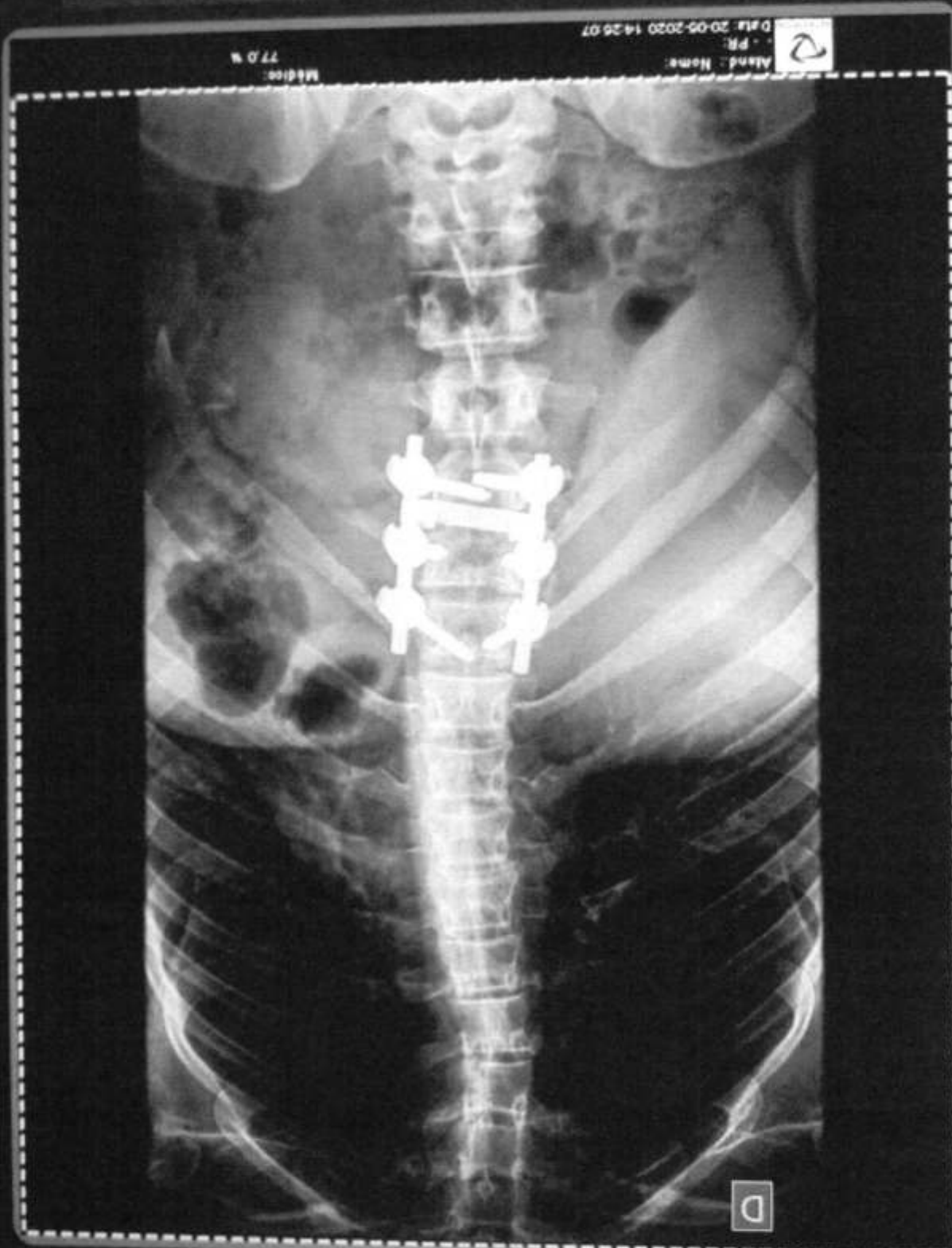


Dr. Claudio Kalume Reis
Ortopedia / Traumatologia
CRM 5498

Atto de MORA

SOBRE a MORA
BOYER, sobre a
coluna toraco cervical,
seguinte a TR
de ATORDE, em MORA
cremosa, com
JA, com TACH, de
CUT: 108

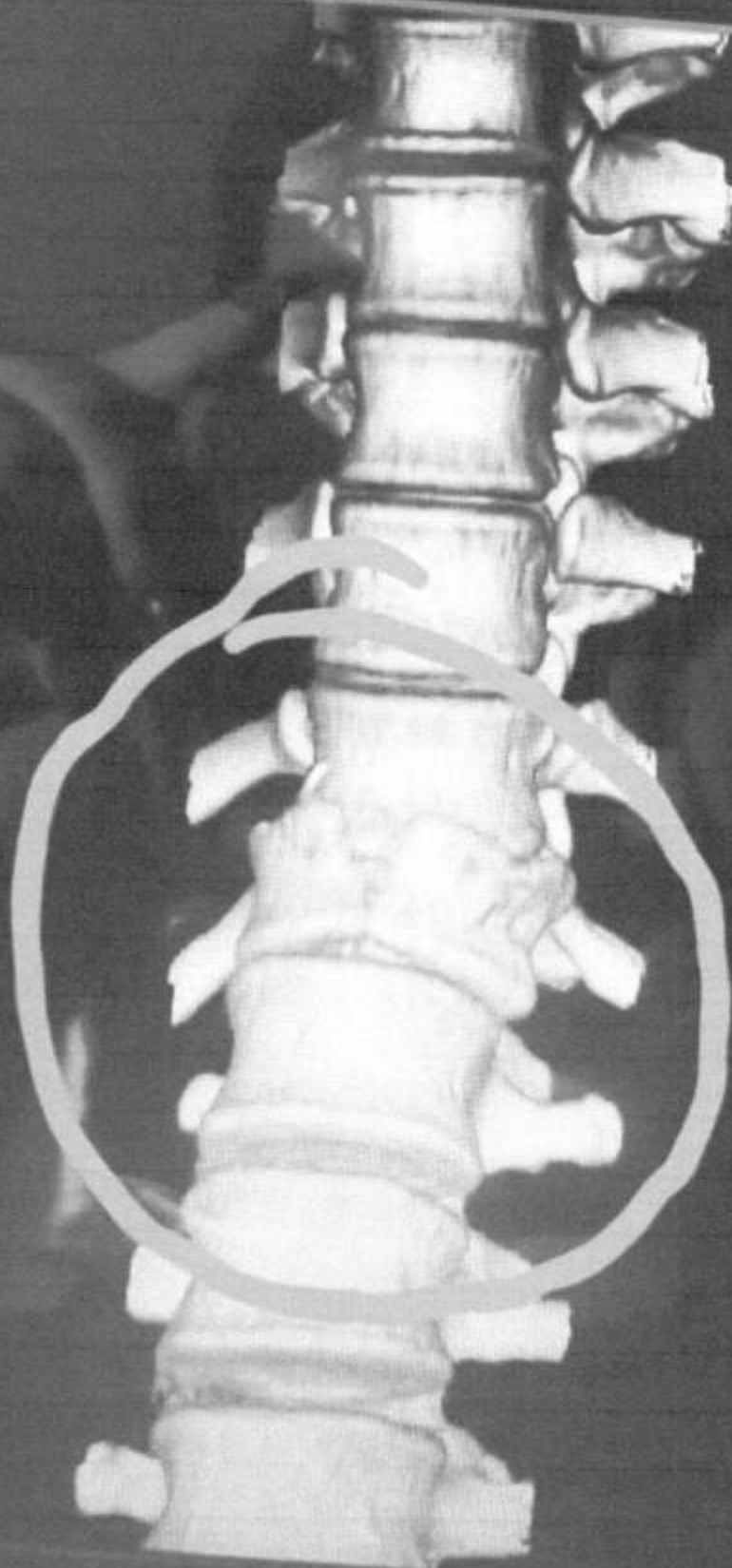
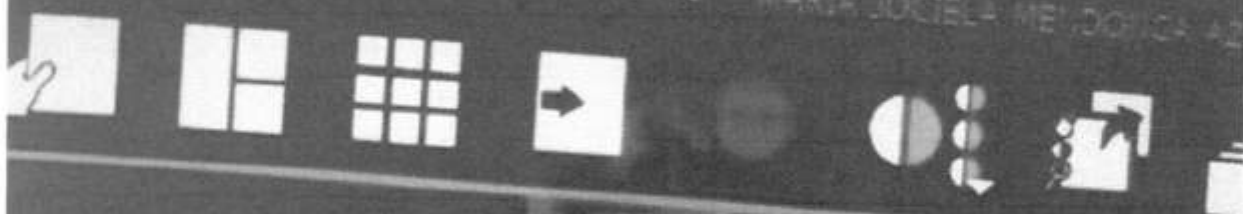
Dr. Kalume
Dr. Claudio Kalume Reis
CRM 5498



CELIA MELODICA AZEVEDO TEODOSIO

X

MARTA JOCIELA MELODICA AZEVEDO





**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
66748702



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

08/06/2020 12:58:20

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8856081	MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO	F	23/11/1982	37

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2000012066576 SSP CE	523483341		1-CASADO

Endereço

R HUMBERT LOMEU,2613 - GRANJA LISBOA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
986062421	

DADOS DO CONVENIO

Convenio

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

Carteira

Validade

04131000141011011

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
05/05/2020	10:51		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Atendente			Clinica	
3831248 DAVID GOES DE ALCANTARA			4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1,10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
66605587



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

08/06/2020 12:53:32

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8856081	MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO	F	23/11/1982	37

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
2000012066576 SSP CE	523483341		1-CASADO

Endereço

R HUMBERT LOMEU,2613 - GRANJA LISBOA, FORTALEZA(CE) CEP 61111111

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
986062421	

DADOS DO CONVENIO

Convenio

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

Carteira

Validade

04131000141011011

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
19/04/2020	09:56		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente

3746542 CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS

Clinica

6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg)	Temperatura (°C)
-----------	------------------

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR CRM 15194 [1] Nº: 53546009 19/04/2020 às 12:23

ANAMNESE

Queixa Principal	#REAValiação -CHECO Rx: OBSERVO FX T12 -CD: SOLICITO TC COLUNA TORACICA	[1]
------------------	--	-----

PACIENTE COM FRATURA DE VERTEBRA TORACICA
ENTRO EM CONTATO COM SOBREAVISO DA COLUNA (DR LUCAS
CAVALCANTI)
SOLICITO PARECER

Queixa Principal

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

CID10	M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA	[1]
-------	---------------------------------	-----

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO

CID10	M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA	[1]
-------	---------------------------------	-----

CID10	M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA	[1]
-------	---------------------------------	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR CRM 15194 [1] Nº: 53546009 19/04/2020 às 12:23

ANAMNESE

Queixa Principal #REAValiação [1]
-CHECO Rx: OBSERVO FX T12
-CD:
SOLICITO TC COLUNA TORACICA
PACIENTE COM FRATURA DE VERTEBRA TORACICA
ENTRO EM CONTATO COM SOBREAVISO DA COLUNA (DR LUCAS
CAVALCANTI)
SOLICITO PARECER

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA [1]

CID10 M549 DORSALGIA NAO ESPECIFICADA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 86605587 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 15346 [1] Nº: 53542636 19/04/2020 às 10:07

ANAMNESE

Queixa Principal #ATENDIMENTO INICIAL TRAUMATOLOGIA [1]
-PCT RELATA ACIDENTE DE MOTO DIA 14/03/20. CITA DOR NA
COLUMNA TORACICA.
-EX.FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES
-CD:
SOLICITO Rx + REAVALIAÇÃO COM EXAMES.

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 M659 SINOVITE E TENOSSINOVITE NAO ESPECIFICADAS [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 M659 SINOVITE E TENOSSINOVITE NAO ESPECIFICADAS [1]

CID10 M659 SINOVITE E TENOSSINOVITE NAO ESPECIFICADAS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1] Nº: 53558960 19/04/2020 às 23:54

ANAMNESE

Queixa Principal

CIRURGIAO DE COLUNA (DR FILIPE ARRUDA) ORIENTOU
TRATAMENTO CIRURGICO
SOLICITO INTERNAMENTO PARA CIRURGIA

[1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:00

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 15346 [1] Nº: 53543296 19/04/2020 às 10:33

ANAMNESE

Queixa Principal

#REAValiação
-CHECO RX: OBSERVO FX T12
-CD
SOLICITO TC COLUNA TORACICA

[1]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:02

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66748702 Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/5

Profissional(is): DAVID GOES DE ALCANTARA CRM 16658 [1]

Nº: 54041746 05/05/2020 às 10:52

ANAMNESE

Queixa Principal	po de cirurgia ortopedica ao trauma	[1]
------------------	--	-----

Queixa Principal

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

CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
-------	--	-----

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO

CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
-------	--	-----

CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
-------	--	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

08/06/2020 13:02

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66748702 Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/5

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1] Nº: 54041933 05/05/2020 às 10:56

ANAMNESE

Queixa Principal	POS OP DE FX DA COLUNA CURATIVO + RETIRADA DE PONTOS	[1]
------------------	---	-----

Queixa Principal		
------------------	--	--

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

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
-------	--	-----

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
-------	--	-----

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
-------	--	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/04/2020 19:37

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1] Nº: 53554893 19/04/2020 às 19:32

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/04/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	09:00	[1]
Cirurgia	FRATURA DE T12	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente	EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Não.	[1]
Realizados Protocolos De Instrumentais	SIM.	[1]
Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião	Sim.	[1]
Exames Complementares	Sim.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Sim.	[1]
Tricotomia	Não.	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]

M. Decun 308612

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/04/2020 19:43

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Falar	Não.	[1]
PARTICIPAÇÃO / RELACIONAMENTO		
Histórico do Cuidado Familiar	SIM	[1]
CONFORTO		
Queixas de Dor	Não.	[1]

ZD caru-n 308612

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/04/2020 19:43

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TE Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66605587 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): VIVIANE MARA COSTA VIANA, ENFERMEIRO(A), COREN 308612 [1] Nº: 53554990 19/04/2020 às 19:37

PACIENTE

Data De Admissão 19/04/2020 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 20/04/2020 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA DE T12 [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não. [1]

Etilista Não. [1]

Internações Anteriores NEGA [1]

Cirurgias Anteriores Não. [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados Sim. [1]

Reserva de Hemoderivados

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

Exames E Procedimentos Sangue. [1]

TRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado 65 kg [1]

Intolerância Alimentar Não. [1]

Jejum Não. [1]

Conservado Sim [1]

Dentição Preservada. [1]

ELIMINAÇÕES

Intestinais/ Urinárias NEGA [1]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso Sim. [1]

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir Não. [1]

Compreender Não. [1]

Memorizar Não. [1]

Handwritten signature and text: 308612

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

20/04/2020 08:41:03

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6856081	MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO	F	23/11/1982	37
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20000120E6576 SSP CE	523483341		1-CASADO	
Endereço				
R HUMBERT LOMEU 2613 GRANJA LISBOA FORTALEZA-CE CEP:61111111				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
986062421		MARIA CLEIDE DE MENDONCA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR

Da	Hora	Matricula	Tipo Documento
20/04/2020	08:36		
Médico Atendente	Clinica		
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES	0 INTERNACAO		

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano SP INDUSTRIA E DISTRIBUIDORA DE PETROLEO LTDA		
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Código	Validade		
04131000141011011			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	02	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
45927517	99998666	D60796335	INTERNACAO
45927517	30715016	D60796335	ARTRODESE DA COLUNA C/ INSTRUMENTACAO POR SEGMENTO
45927517	30715091	D60796865	DESCOMPRESSAO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA COM OU SEM ARTRODESE
45927517	30715164	D60796863	FRATURAS OU FRATURA LUXACAO DE COLUNA - TRATAMENTO CIRURGICO

20/04/2020 10:

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982

Atendimento: 66611541

Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA, MÉDICO, CRM 10600 [1]

Nº: 53568796 20/04/2020 às 10:38

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S32	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S32	[1]

ANESTESIA

Hora De Início	10	[1]
Hora De Término	12	[1]
Anestesia Geral Endovenoso	SIM	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	20/04/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	10:38	[1]
Cirurgia	ARTRODESE, TTO CIRURGICO DE FRATURA , DESCOMPRESSAO	[1]
Cirurgião	FILIPPE ARRUDA	[1]
1º Auxiliar	VICTOR PARAHYBA	[1]
Anestesista	CESAR	[1]
Descrição Cirúrgica	1- PAC EM DECUBITO VENTRAL SOB ANESTESIA 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E CAMPOS 3- ACESSO POSTERIOR MEDIANO A COLUNA TORACO LOMBAR 4- DISSECAO 5- FIXACAO DE T11, T12, L1, COM 6 PARAFUSOS PEDICULARES 6- INTENSIFICADOR DE IMAGENS 7- FIXACAO COM DUAS HASTES E 6 PORCAS 8- COLOCACAO DO SISTEMA TRANSVERSAO COM 2 GANCHOS 9- SF 10- DRENO 11- SINTESE E CURATIVO	[1]

Dr. Felipe Arruda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRMPC 12449 TEOT 15052
RQ38 9339-9

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 08:56

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO T: Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): NIKAELLY PINHEIRO MOTA, ENFERMEIRO(A), COREN 535738 [1] Nº: 53564666 20/04/2020 às 08:44

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE M.J.M.A, 37 ANOS, SEXO FEMININO, HD: FRATURA DE COLUNA T12. [1]

ALERGIA: NEGA
COMORBIDADES: NÃO

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO, CONTACTUANDO SUAS NECESSIDADES, EUPNEICA EM AR AMBIENTE, PELE ÍNTEGRA PARA LESÕES, DEAMBULANDO SEM DIFICULDADE, SEGUE COM AVP EM MSD PÉRVIO E SALINIZADO E EM JEJUM DE APROXIMADAMENTE 12H. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

EXAMES REALIZADOS: ECG, TX DE TÓRAX, LABORATORIAL E TC.

GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR LOCAL QUANTO A POSSÍVEIS SINAIS FLOGÍSTICOS E RELIZAR TROCA DE DISPOSITIVO CONFORME NORMA DA INSTITUIÇÃO

RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES DO LEITO ELEVADAS E RODAS TRAVADAS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

- ☒ RISCO DE QUEDA
☐ RISCO DE UPP
☒ RISCO DE FLEBITE
☐ RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
☐ RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

Nikaelly Pinheiro Mota
COREN-CE 535738

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 1

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOSIO Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA, MÉDICO, CRM 10600 [1] Nº: 53568599 20/04/2020 às 10:34

IDENTIFICAÇÃO

Nome	MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO	[1]
Sexo	Feminino	[1]
Idade	37 A 4 M	[1]
Data De Nascimento	23/11/1982	[1]
Nº Atendimento	66611541	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA	[1]
----------------	--	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	S32	[1]
-----------	-----	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	3 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Dr. Eudes Artur
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14409 TEOT 15092
RQE 2254

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 11

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982

Atendimento: 66611541

Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA, MÉDICO, CRM 10600 [1]

Nº: 53568675 20/04/2020 às 10:36

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PAC SUBMETIDO A ARTRODESE DE COLUNA TORACD LOMBAR ,
SEM INTERCORRENCIA

[1]

CID 10

S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA

[1]

Dr. Felipe Arruda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12409 / RBO 15052
ROR 15052

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:48

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:48

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): JANE CAROLINA DE ABREU, ENFERMEIRO(A), COREN 445810 [1] Nº: 53570571 20/04/2020 às 11:22
 JANE CAROLINA DE ABREU COREN 445810 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 20/04/2020 [1]

Hora Da Cirurgia 11:22 [1]

Cirurgia [1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente sim. [1]

Opme Checado Em Sala Cirurgica sim. [1]

Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica sim. [1]

Alergias Do Paciente São Conhecidas Não. [1]

Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica sim. [1]

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea sim. [1]

Via Aérea Difícil Não. [1]

Confirmação De Vaga Em Uti sim. [1]

Kit Cirurgico Completo Em Sala sim. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia sim. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia sim. [1]

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião NÃO. [1]

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 Não se aplica. [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]

Checagem Completa Dos Equipamentos sim. [2]

Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos sim. [2]

Checagem Completa Das Medicações Anestésicas sim. [2]

Esterilização Do Material Confirmada E Validada sim. [2]

Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas sim. [2]

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas sim. [2]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 3

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:49

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO Tê Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Quantidade De Compressas Acrescentadas 2		
Numero Total De Compressas Inseridas	50 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	50 UD	[1]
Medicações/hora	kefazol 2 g as 10;20	[1]
Exames De Imagem	s	[1]
Clorexedine Alcoólico	s	[1]
Clorexedine Degermante	s	[1]
Tipo	Bipolar.	[1]
Material	parafuso pedicular	[1]
Fornecedor	ortocardio	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	curativo simples	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	UTI.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	12:40	[2]
SINAIS VITAIS		
T	36 °C	[2]
Pulso	80 bpm	[2]
PA	100,80	[2]
FC	80 bpm	[2]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[2]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	20;04;20	[2]
Hora	11:52	[2]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	paciente adm no cc para tratamento cirurgico de artrodese de coluna com dr,vitor paraiba,a mesma deu entrada no cc orientada,verbalizando no leito ,em sala feito avp no msd,svd,apos o procedimento segue para uti pos sem intercorrencias sob os cuidado da enfermagem ,curativo simples	[2]
Intercorrências	sem	[2]
Eletrodos	dorso	[2]
Incisão Cirúrgica	coluna	[2]
Dreno	coluna	[2]
Placa De Bisturi	vasto lateral da coxa direita	[2]
Punções Venosas	msd	[2]
Coxim	cabeca	[2]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 3

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:49

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982	Atendimento: 66611541	Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/2
Profissional(is): JANE CAROLINA DE ABREU, ENFERMEIRO(A), COREN 445810 [1] JANE CAROLINA DE ABREU COREN 445810 [2]	Nº: 53571119	20/04/2020 às 11:35

PACIENTE

Data De Admissão	20/04/2020	[1]
------------------	------------	-----

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
------------------	-------------	-----

Data Da Cirurgia	20/04/2020	[1]
------------------	------------	-----

Procedimento Cirúrgico Proposto	artrodese de coluna	[1]
---------------------------------	---------------------	-----

Pulseira De Identificação	msd.	[1]
---------------------------	------	-----

Comorbidades	mrga	[1]
--------------	------	-----

Nome, dosagem, frequência	mega	[1]
---------------------------	------	-----

Alergia- Descrição	nega	[1]
--------------------	------	-----

Tabagista	Não.	[1]
-----------	------	-----

Etilista	Não.	[1]
----------	------	-----

Cirurgias Anteriores	sim.	[1]
----------------------	------	-----

Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa.	[1]
------------------------------------	--------------	-----

Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
-------------------------	-----------	-----

Reserva de Hemoderivados

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum	sim.	[1]
-------	------	-----

CONFORTO
INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	enf.geyza	[1]
------------------------------	-----------	-----

Hora	09:50	[1]
------	-------	-----

Sala	06	[1]
------	----	-----

Condições Da Pele ao Inicio da cirurgia	íntegra	[1]
---	---------	-----

Início Da Anestesia	09:55	[1]
---------------------	-------	-----

Término Da Anestesia	12:30	[2]
----------------------	-------	-----

Início Da Cirurgia	10:30	[1]
--------------------	-------	-----

Término Da Cirurgia	12:10	[2]
---------------------	-------	-----

Instrumentador	estevo particular	[1]
----------------	-------------------	-----

Circulante	gerlandia.jane	[1]
------------	----------------	-----

Posição do paciente durante o ato operatório	ventral.	[1]
--	----------	-----

Membro Ou Lado A Ser Operado	coluna	[1]
------------------------------	--------	-----

Numero Inicial De Compressas	50 UD	[1]
------------------------------	-------	-----

Quantidade De Compressas Acrescentadas 1	5 UD	[1]
--	------	-----

	10 UD	[1]
--	-------	-----

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 20/04/2020 17:13

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD
Convenio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 23/11/1982
Nº Prescrição: 0026502719
Leito: 133410/2

Atendimento: 66611541
20/04/2020 às 10:47
Peso: 60.00 kg

Prontuário: 8856081

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

IASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.

Dr. Antonio Prudente
CRM 10000

Dr. Humberto C. de Deus
CRM 10000

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 23/11/1982
Nº Prescrição: 0026502719
Leito: 133410/2
Atendimento: 66611541
20/04/2020 às 10:47
Peso: 60.00 kg

Prontuário: 8856081

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-10600	
10-PUNCAO C/ JELCO	SN
Prescritor: CRM-10600	
11-SINAIS VITAIS	
Prescritor: CRM-10600	
12-SCALP HEPARENIZADO	
Prescritor: CRM-10600	
13-BANHO NO LEITO	
Prescritor: CRM-10600	
14-RETIRADA DE DRENO DE	SN
Prescritor: CRM-10600	
15-CURATIVO COM ATADURA E GAZE	
Prescritor: CRM-10600	
16-COMPRESSÃO COM ÉTER	SN
Prescritor: CRM-10600	

VICTOR PONTES PARAHYBA

Profissionais: CRM-10600

Zaservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :



Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Meirene P. Costa
Enfermeira
CREM-CE 569.4101

Da. Hemilia C. da Costa
Enfermeira
CREM-CE 10000

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD **Dr. Nasc.: 23/11/1982** **Atendimento: 66611541** **Prontuário: 8856081**
 Colégio: HAPVIDA **Nº Prescrição: 0026502719** **20/04/2020 às 10:47**
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR **Leito: 19341012** **Peso: 60.00 kg**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

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

dieta livre
 -18:00 : 21:00 : 21/04 - 00:00 :
 21/04 - 03:00 : 21/04 - 06:00 :

Prescritor: CRM-10600

2. KEFAZOL (1.00g)
 (D1/2) Agua Destilada

1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV 22:00 : 21/04 - 06:00 :

Prescritor: CRM-10600

3. CETOPROFENO IV (100.00mg)
 Soro Fisiológico 0,9%

100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV 22:00 :

Prescritor: CRM-10600

4. OMEPRAZOL (40.00mg)
 Agua Destilada

40mg 1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV 21/04 - 06:00 :

Prescritor: CRM-10600

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)
 Agua Destilada

1000mg 2ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV 18:00 : 21/04 - 00:00 : 21/04 - 06:00 :

Prescritor: CRM-10600

6. PLAMET (5.00mg/ml)
 Agua Destilada

10mg 2ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV SN

Prescritor: CRM-10600

7. TRAMADOL (50.00mg/ml)
 Soro Fisiológico 0,9%

100mg 2ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV SN

Alta vigilância

Prescritor: CRM-10600

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO
 Prescritor: CRM-10600

SN

9. CURATIVO GRANDE

M^{re} Meirene A. P. Costa
 Enfermeira
 CREN-CE 559.411

Dr. Henrique C. de Deus
 Médico
 CRM-CE 14098

SVD
 06:00
 15:00
 18:00

Paciente: MARIA JOCELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD
 Idade: 26/04/2020
 Sexo: F
 Profissão: ENFERMEIRA

Dr. Marc. 23/11/1982
 Nº Prescrição: 26502719
 Leito: 13341012

20/04/2020 às 10:47

Atendimento: 66611541
 Prontuário: 8856081
 Peso: 60.00 kg

60012

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

dieta livre

CRM-1060C

2. KEFAZOL (1.00g) (ID12)	1g	1FRAP (FRAP C/1GR) 18 ml	8/8h	EV	CRM-1060C
------------------------------	----	--------------------------------	------	----	-----------

3. CEIOPROFENO IV (100.00mg)	100mg	1FRAP (FRAP C/100MG) 100 ml	12/12h	EV	CRM-1060C
------------------------------	-------	-----------------------------------	--------	----	-----------

4. OMEPRAZOL (40.00mg)	40mg	1FRAP (FRAP C/40MG) 18 ml	24/24h	EV	CRM-1060C
------------------------	------	---------------------------------	--------	----	-----------

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000mg	2ML (AMP C/500MG) 18 ml	6/6h	EV	CRM-1060C
-------------------------------	--------	-------------------------------	------	----	-----------

5. PLAMEI (5.00mg/ml)	10mg	2ML (AMP C/10MG) 18 ml	8/8h	EV	CRM-1060C
-----------------------	------	------------------------------	------	----	-----------

7. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100mg	2ML (AMP C/100MG) 100 ml	8/8h	EV	CRM-1060C
--------------------------	-------	--------------------------------	------	----	-----------

Alta vigilância

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					CRM-1060C
-------------------------------	--	--	--	--	-----------

9. CURATIVO GRANDE					CRM-1060C
--------------------	--	--	--	--	-----------

0. PUNCAO C/ JELCO					CRM-1060C
--------------------	--	--	--	--	-----------

1. SINAIS VITAIS					CRM-1060C
------------------	--	--	--	--	-----------

2. SCALP HEPARENIZADO					CRM-1060C
-----------------------	--	--	--	--	-----------

3. BANHO NO LEITO					CRM-1060C
-------------------	--	--	--	--	-----------

4. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC					CRM-1060C
----------------------------------	--	--	--	--	-----------

5. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO					CRM-1060C
--	--	--	--	--	-----------

6. COMPRESSAO COM ETER					CRM-1060C
------------------------	--	--	--	--	-----------

Profissionais: CRM-10600 VICTOR PONTES PARAHYBA

Jessica R.rigues
 Coren - 050121 ENF

Dr. Felipe A. de Azevedo
 CRM-1060C

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/04/2020 12:48

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/2

Profissional(is): JANE CAROLINA DE ABREU, ENFERMEIRO(A), COREN 445810 [1] Nº: 53570571 20/04/2020 às 11:22
 JANE CAROLINA DE ABREU COREN 445810 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	20/04/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	11:22	[1]
Cirurgia		[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguinea	sim.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	sim.	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	sim.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	NÃO.	[1]
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]
Lateraldade Do Procedimento	Não se aplica.	[2]
Paciente Certo	sim.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	[2]
Procedimento	sim.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Especifico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	[2]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	sim.	[2]
As Preocupações Especificas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[2]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

20/04/2020 12:48

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982

Atendimento: 66611541

Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/2

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

sim.

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas

sim.

[2]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente

Não.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

sim.

[2]

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E
O Manejo Do Paciente

sim.

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

sim.

[2]

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026502768 21/04/2020 às 06:00
Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2 Peso: 60.00 kg

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
DIPIRONA AMP							
ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	FIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1				
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2	ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	6				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1				
ÁGUA DE PROCEDEMENTO 40X12 - 1 UD	2	Retirada De Dreno De Portovac					
LAVA DE PROCEDEMENTO P CX 50 PA	4	LAVA DESC ESTERIL N.7,5 - 1 PA	1				
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 20	20				
ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	4	ESPADRAPO MPERM 10CMX4,5M TUBO 1,30	30				
KEFAZOL		LAVA DE PROCEDEMENTO M CX 50 PA	2				
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1				
KEFAZOL FRAP 1 UD	1	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	50				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 5	5				
ÁGUA DE PROCEDEMENTO 40X12 - 1 UD	1	LAMINA DE BISTURI 11 - 1 UD	1				
LAVA DE PROCEDEMENTO P CX 50 PA	3	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2				
ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1	Curativo Grande					
ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	4	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 50	50				
ZETOPROFENO IV		GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5				
PROFENO 100MG IV FRAP 1 UD	1	LAVA DE PROCEDEMENTO M CX 50 PA	1				
ÁGUA DE PROCEDEMENTO 40X12 - 1 UD	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 1	1				
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	100				
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	TRANSORX - 1 UD	1				
ALGODÃO HIDROFÍLO - 500 GR	4	LAVA DESC ESTERIL N.7,5 - 1 PA	1				
LAVA DE PROCEDEMENTO P CX 50 PA	3	Curativo Com Atadura E Gaze Acchoada Medi					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 1	1	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2				
Scalio Hepanizado							
ÁGUA DE PROCEDEMENTO 40X12 - 1 UD	1						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1						
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1						
Unicao C/ Jello							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15						
LAVA DE PROCEDEMENTO M CX 50 PA	1						
MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	15						
EXTENSOR 40CM C/2 VAS - 1 UD	1						
CATER INTRA VENOSO 24 (JELCO) - 1 UD	1						
TAMPA CONE LUER - 1 UD	1						

Jessica R. Rodrigues
20ren - 06/30/2021 ENF

Dr. Humberto C. da Costa
CREFITO 14006

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD Dt Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026502768 21/04/2020 às 06:00
Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 600172 Peso: 60.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-8260	14:00	:
10. PUNÇÃO C/JELCO	SN	
Prescritor: CRM-8260	14:00	:
11. SINAIS VITAIS		
Prescritor: CRM-8260		
12. SCALP HEPARENIZADO	14:00	:
Prescritor: CRM-8260		
13. BANHO NO LETO		
Prescritor: CRM-8260		
14. RETIRADA DE DRENO DE	SN	
IPRECEVOC CRM-8260	14:00	:
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE	14:00	:
PRECEVOC CRM-8260		
16. COMPRESSÃO COM ÉTER	SN	
Prescritor: CRM-8260		

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário: ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Jessica R.rigues
Coren - 0650121 ENF

Dr. Antonio M. C. de Godi
Médico
CRM-REC 10000

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 6A - HAPFOR

Dt. Nasc.: 23/11/1982
Nº Prescrição: 0026502768
Leito: 6001/2

Atendimento: 66611541
21/04/2020 às 06:00
Peso: 60.00 kg

Prontuário: 8856081

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

dieta livre

~~09:00~~ : ~~12:00~~ : 18:00 : ~~21:00~~ :
22/04 - ~~09:00~~ : 22/04 - 03:00 : 22/04 - 06:00 :
06:00

Prescritor: CRM-8260

2. KEFAZOL (1.00g)

Agua Destilada

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR)
18 ml

8/8h EV

~~14:00~~ : ~~22:00~~ : 22/04 - 06:00 :
06:00

Prescritor: CRM-8260

3. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG)
100 ml

12/12h EV

~~10:00~~ : ~~22:00~~ :
22/04 - 06:00 :
06:00

Prescritor: CRM-8260

4. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilada

40mg

1 FRAP (FRAP C/ 40MG)
18 ml

24/24h EV

22/04 - 06:00 :
06:00

Prescritor: CRM-8260

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg

2 ML (AMPL C/
500MG)
18 ml

6/6h EV

~~12:00~~ : ~~18:00~~ : 22/04 - 09:00 :
06:00

Prescritor: CRM-8260

6. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10mg

2 ML (AMPL C/ 10MG)
18 ml

8/8h EV

SN

Prescritor: CRM-8260

7. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg

2 ML (AMPL C/
100MG)
100 ml

8/8h EV

SN

Alta vigilância

Prescritor: CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

Prescritor: CRM-8260

SN

9. CURATIVO GRANDE

RP1531

UDJIANNA LUCAS PEREIRA

21/04/2020 13:03

RP: 192.80.4.101

Dr. Antonio M. C. de Goda
CRM-REC 10000

Jessica R.rigues
09/04 - 08:50/12:21 ENF

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOI	Dt. Nasc.: 23/11/1982	Atendimento: 66611541	Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26515898	22/04/2020 às 01:18	
Posto: POSTO 6A - HAPFOR	Leito: 6001/2	Enfermeiro(a): MARCIANA ALMEIDA DA COSTA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO**Relacionado a:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido:
-----------------------------------	-----------------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A**Relacionado a:** PROCEDIMENTOS INVASIVOS
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã Tarde Noite
------------------------------------	--------------------------



Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOI	Dt. Nasc.: 23/11/1982	Atendimento: 66611541	Prontuário: 8856061
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26515900	22/04/2020 às 01:20	
Posto: POSTO 6A - HAPFOR	Leito: 6001/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: MARCIANA ALMEIDA DA COSTA (COREN 436988)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Sinais Vitais- Temperatura		00:00 06:00 12:00 18:00	
4 - RENOVAR/ DATANDO			
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE		00:00	
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET		Mantido	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convento: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026509874 22/04/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2 Peso: 60.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

9 - CURATIVO GRANDE Prescritor: CRM-8260	14:00 ;
10 - PUNÇÃO C/ JELCO Prescritor: CRM-8260	SN
11 - SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-8260	
12 - SCALP HEPARENIZADO Prescritor: CRM-8260	14:00 ;
13 - BANHO NO LEITO Prescritor: CRM-8260	
14 - RETIRADA DE DRENO DE PERITONEOCRM-8260	SN
15 - CURATIVO COM ATADURA E GAZE PERITONEOCRM-8260	14:00 ;
16 - COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-8260	SN

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Dra. Heliene M. de Deus
CRM-8260
CREMEX 14008

Jessica
Carren - C&S

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026509874 22/04/2020 às 06:00
Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2 Peso: 60.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL dieta livre 09:00 : 09:00 : 12:00 : 12:00 : 18:00 :
21:00 : 23/04 - 00:00 : 23/04 - 03:00 :

Prescritor: CRM-8260

2. KEFAZOL (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV 14:00 : 22:00 : 23/04 - 06:00 :
(01/1) Agua Destilada

Prescritor: CRM-8260

3. CETOPROFENO IV (100.00mg) 100 mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV 06:00 : 22:00 :
Soro Fisiologico 0,9% 100 ml

Prescritor: CRM-8260

4. OMEPRAZOL (40.00mg) 40 mg 1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV 23/04 - 06:00 :
Agua Destilada 18 ml F.F.

Prescritor: CRM-8260

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000 mg 2 ML (AMP L C/ 500MG) 6/6h EV 12:00 : 18:00 : 23/04 - 00:00 : 06:00
Agua Destilada 18 ml

Prescritor: CRM-8260

6. PLAMET (5.00mg/ml) 10 mg 2 ML (AMP L C/ 10MG) 8/8h EV SN
Agua Destilada 18 ml

Prescritor: CRM-8260

7. TRAMADOL (50.00mg/ml) 100 mg 2 ML (AMP L C/ 100MG) 8/8h EV SN
Soro Fisiologico 0,9% 100 ml

Alta vigilância

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO SN
Prescritor: CRM-8260

Dr. Meirene A. P. Costa
Enfermeira
CRP-CE 588.441

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/04/2020 15:02

Paciente: MARIA JOIELA MENDONCA AZEVEDO Tt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): MARIA MEIRIENE ALBUQUERQUE PEREIRA COSTA, ENFERMEIRO(A), Nº: 53637819 22/04/2020 às 15:02
COREN 559488 [1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

PACIENTE M.J.M.A, 37 ANOS, SEXO FEMININO, HD: 2º PO
ARTRODESE DE COLUNA TORACO LOMBAR, T11/12/L 4.

[1]

ALERGIA: NEGA
COMORBIDADES: NÃO

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO,
CONTACTUANDO SUAS NECESSIDADES, EUPNEICA EM AR
AMBIENTE, PELE ÍNTEGRA, DIETA VO GERAL. AVP EM MSD PÉRVIO.
DIURESE ESPONTÂNEA, EVACUAÇÕES AUSENTES.
RETIRADO DRENO DE PORTOVAC POR DR. FELIPE ARRUDA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR LOCAL QUANTO A POSSÍVEIS
SINAIS FLOGÍSTICOS E RELIZAR TROCA DE DISPOSITIVO
CONFORME NORMA DA INSTITUIÇÃO

RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES DO LEITO ELEVADAS E
RODAS TRAVADAS

Mª Meiriene A. P. Costa
Enfermeira
COREN-CE 559.488/1

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
Dreno De Portovac	Não	[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 22/04/2020 11:41

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD
Convenio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 23/11/1982

Atendimento: 66611541

Prontuário: 8856081

Posto: POSTO 6A - HAPFOR

Nº Prescrição: 0026509874

22/04/2020 às 06:00

Leito: 600112

Peso: 60.00 kg

GASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
DIPIRONA AMP							
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR	4	LUVA DESC. ESTERIL N.7,5 - 1 PA	1				
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	Curativo Com Atadura E Gaze Acochoada Medi					
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2				
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2	GAZE ACOCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4						
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2						
CEFAZOL							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1						
CEFAZOL FRAP 1 UD	1						
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR	4						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
NETOPROFENO IV							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
PROFENO IV FRAP 1 UD	1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
QUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1						
ALGODAO HIPOFILO - 500 GR	4						
Icalp Heparinizado							
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	1						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
AMPA CONE LIER - 1 UD	1						
Curativo Grande							
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1						
LOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 50							
NIOROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100						
RANSOFIX - 1 UD	1						
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C10 PCT 1 UD	5						
ORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1						

Jéssica R.rigues
Coren - Ce 80121 ENFDr. Hugo A. C. de Deus
Médico
CRM 1000

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/04/2020 10:13

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): FERNANDA FLANIA SOARES MAIA, ENFERMEIRO(A), COREN 575774 [1] Nº: 53660794 23/04/2020 às 10:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO DIURNO [1]
 PACIENTE M.J.M.A, 37 ANOS, SEXO FEMININO, HD: 2º PO
 ARTRODESE DE COLUNA TORACO LOMBAR, T11/12/L 4.
 ALERGIA: NEGA
 COMORBIDADES: NÃO
 EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA EM TEMPO ESPAÇO E
 PESSOA, DEAMBULANDO CONTACTUANDO SUAS NECESSIDADES,
 EUPNEICA EM AR AMBIENTE, PELE ÍNTEGRA, DIETA VO GERAL.
 AVP EM MSD (19/04/20) PÉRVIO, DIURESE ESPONTÂNEA,
 EVACUAÇÕES AUSENTES.
 RETIRADO DRENO DE PORTOVAC POR DR. FELIPE ARRUDA.
 SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.
 GERENCIAMENTO DE RISCOS
 RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR LOCAL QUANTO A POSSÍVEIS
 SINAIS FLOGÍSTICOS E RELIZAR TROCA DE DISPOSITIVO
 CONFORME NORMA DA INSTITUIÇÃO
 RISCO DE QUEDA: MANTER GRADES DO LEITO ELEVADAS E
 RODAS TRAVADAS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]
Dreno De Portovac	Não	[1]

Fernanda Flania Soares Maia
 COREN CE 575.774-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 24/04/2020 09:20

Paciente: MARIA JOICIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
 Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0026517386 23/04/2020 às 06:00
 Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2 Peso: 60.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

Prescritor: CRM-8260

dieta livre

2. KEFAZOL (1.00g)

1g 1FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV

44:00

Prescritor: CRM-8260

3. CETOPROFENO IV (100.00mg)

100mg 1FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV

40:00

Prescritor: CRM-8260

4. OMEPRAZOL (40.00mg)

40mg 1FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV

Prescritor: CRM-8260

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

1000mg 2ML (AMP L C/ 500MG) 6/6h EV

42:00

Prescritor: CRM-8260

6. PLAMET (5.00mg/ml)

10mg 2ML (AMP L C/ 10MG) 8/8h EV

Prescritor: CRM-8260

7. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9% 100mg 2ML (AMP L C/ 100MG) 8/8h EV

Alta vigilância

Prescritor: CRM-8260

8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

Prescritor: CRM-8260

SN

9. CURATIVO GRANDE

RP1531

MARIA SIMONE DE SOUSA

24/04/2020 09:20

IP: 192.85.4.101

Prescrição Médica
 24/04/2020 09:20
 MARIA SIMONE DE SOUSA

Dr. Antonio T. de Castro
 Prescrição Médica
 CRM-8260

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TEOD
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 6A - HAPFOR

Dt. Nasc.: 23/11/1982
Nº Prescrição: 0026517386
Leito: 6001/2

Atendimento: 66611541
23/04/2020 às 06:00
Peso: 60,00 kg

Prontuário: 8856081

Emissão 24/04/2020 09:20

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prescritor: CRM-8260

10. PUNCAO C/ JELCO
Prescritor: CRM-8260

SN

14:00 ;

11. SINAIS VITAIS
Prescritor: CRM-8260

12. SCALP HEPARENIZADO
Prescritor: CRM-8260

14:00 ;

13. BANHO NO LEITO
Prescritor: CRM-8260

14. RETIRADA DE DRENO DE
FISTULA CRM-8260

SN

15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE
RESGHTA CRM-8260

14:00 ;

16. COMPRESSÃO COM ÉTER
Prescritor: CRM-8260

SN

17. Alta em: 23/04/2020

ALTA MELHORADO

Alta dada por: FILIPE RIBEIRO DE ARRUDA
Prescritor: CRM-12409

Profissionais: CRM-8260

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Reservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :



Indica item não administrado.

Indica item checado.

Jessica P.rigues
Coren - Ue501221 ENF

Dra. Hapsa M. C. da Costa
Instituto
CREMEC 14008

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEOD
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 6A - HAPFOR

Dr. Nasc.: 23/11/1982
Nº Prescrição: 0026517386
Leito: 6001/2
Atendimento: 66611541
23/04/2020 às 06:00
Peso: 60.00 kg

Prontuário: 8856081

Emissão 24/04/2020 09:20

MASTOS

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
PIPIRONA AMP							
ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP/L 20 ML	1	LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	1				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2	<u>Curativo Com Atadura E Gaze Acchohada Medi</u>					
PIPIRONA 1 G 2 ML AMP/L 2 ML	1	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2				
ERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2				
ÁLCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5						
ÁLCOOL HIDROFILO - 500 GR	2						
ÁGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SEFAZOL							
ÁLCOOL HIDROFILO - 500 GR	4						
ÁGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
ERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1						
ÁLCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
SEFAZOL FRAP 1 UD	1						
ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMP/L 20 ML	1						
SETOPROFENO IV							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
ÁLCOOL HIDROFILO - 500 GR	4						
ÁGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
ERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
QUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						
ÁLCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	1						
PROFENO 100MG IV FRAP 1 UD	1						
Iscap Heparenizado							
ÁGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
AMPA CONE LUER - 1 UD	1						
ERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10ML AMP/L 10 ML	1						
Curativo Grande							
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100						
TRANSOFIX - 1 UD	1						
LOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 50							
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1						
LAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	5						
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1						

Jessica R.rigues
Coren - CE60121/ENF

Dr. Humberto A. de Costa
CRM 10.121/2019
CRM 10.121/2019

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/04/2020 09:22

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): FILIPE RIBEIRO DE ARRUDA, MÉDICO, CRM 12409 [1] Nº: 53665505 23/04/2020 às 12:03

DIAGNÓSTICOS

CID10	S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA	[1]
CID10	S32 FRATURA DA COLUNA LOMBAR E DA Pelve	[1]

Dra. Mariana M. C. de Costa
Médica
CREMEC 14848

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/04/2020 09:23

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): FILIPE RIBEIRO DE ARRUDA, MÉDICO, CRM 12409 [1] Nº: 53665544 23/04/2020 às 12:05

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

2 PO ARTRODESE DE COLUNA ., EVOLUI BEM DEAMBULANDO
fo limpa e seca
neurovascular sem alteracoes
alta hospitalar

[1]

CID 10

S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA

[1]

Dr. Marcelino M. C. da Costa
Médico
CREMEC 14045

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/04/2020 09:23

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONÇA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982 Atendimento: 66611541 Prontuário: 8856081
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 6A - HAPFOR Leito: 6001/2

Profissional(is): FILIPE RIBEIRO DE ARRUDA, MÉDICO, CRM 12409 [1] Nº: 53630666 22/04/2020 às 11:33

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PO ARTRODESE DE COLUNA .. EVOLUI BEM DEAMBULANDO
retiro dreno
neurovascular sem alteracoes
plano de alta amanha

[1]

CID 10

S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA

[1]

Dra. Rosângela M. R. da Costa
Médica
CREMESP 140-98

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/04/2020 09:25

Paciente: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TI Dt. Nasc.: 23/11/1982

Atendimento: 66611541

Prontuário: 8856081

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 6A - HAPFOR

Leito: 6001/2

Profissional(is): VICTOR PONTES PARAHYBA, MÉDICO, CRM 10800 [1]

Nº: 53602499 21/04/2020 às 12:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PO ARTRODESE DE COLUNA., EVOLUI BEM DEAMBULANDO
RETIRAR SVD [CURATIVO

[1]

CID 10

S22 FRATURA DE COSTELA(S), ESTERNO E COLUNA TORACICA

[1]


Dr. Humberto M. D. da Costa
Médico
CREMEC 14049

PROIBIDO PLASTIFICAR
1155611600



VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1155611600



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CAMTEINH/NACIONAL DE HABITAÇÃO

Nome MARIA JOCEIA HEDONÇA AZEVEDO TEIXEIRA



CPF 0493806368

Validade 13/01/2020

13/01/2020

CPF 0493806368

CPF 0493806368

CPF 0493806368

CPF 0493806368

CPF 0493806368

CPF 0493806368

CPF 0493806368

CPF 0493806368

CPF 0493806368

SEM OBSERVAÇÃO

2ª Esposa de Anderson A. Teófilo

LOCAL PORTALEZA, CE

17/07/2015

1-14-24

506745864
CE148508405

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200301201 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO **Data do acidente:** 14/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA TORÁCICA SEGMENTO T12.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA. (P3,4,8,10,15,19,REGISTRO DE ACIDENTE DECLARADO)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL.

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 MODERADA DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL.

Documentos complementares:

Observações: (P1) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 12/08/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236245/20

Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TE

CPF: 005.234.833-41

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 14/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MENDONCA AZEVEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO : 005.234.833-41

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: 21/08/2020
Nome: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO
CPF: 005.234.833-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2020
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Maria Jociela Mendonça Azevedo
Teodoro

CPF do beneficiário:

00523483341

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 992017985

DDD

Tel. Comercial: (85) 198615637

DDD

Tel. Residencial: ()

DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO



DISCORDO DA NEGATIVA



DISCORDO DO VALOR RECEBIDO



DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?



NÃO



SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:



Novos documentos médicos



Laudo do IML



Boletim de Ocorrência



Notas fiscais complementares



Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Eu Maria Jociela Mendonça Azevedo Teodoro, portadora do RG nº 2000012066576 e inscrita no CPF nº 005.234.833-41 venho solicitar uma perícia médica de meu filho no 3200301201, processo de invalidez em questão que eu não concordo com o valor que foi pago a minha invalidez, sendo totalmente com sequelas graves, na coluna cervical com dois parafusos, hoje me sinto profundamente prejudicada com o acidente em questão que eu trabalho de costureira e fico o dia todo sentada. Peço a seguradora que eu seja avaliada por um perito, quando o médico me consultou falou que é uma sequela muito grave e poderia

Portaleza, 22.03.2020

Local e Data

M. Jociela Mendonça Azevedo Teodoro

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

ficar na cadeira de rodas. Fico no agulheiro.

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236245/20

Número do Sinistro: 3200301201

Vítima: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TE

CPF: 005.234.833-41

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 14/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 24/09/2020

Nome: MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

CPF: 005.234.833-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

MARIA JOCIELA MENDONCA AZEVEDO TEODOZIO

ANDERSON DE SOUZA LEITE