



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Juazeiro do Norte
Processo: 00540863320208060112
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 20/03/2023 09:55:53

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2881319_CONTESTACAO_0
1 - 1-8.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2881319_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-27.pdf
Documentação: 2881319_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 28-61.pdf
Documentação: 2881319_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 62-76.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISA0_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

18/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320015806801

VALOR TOTAL:

2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000303231

Número da Autenticação

72FB27F611C8E521



Nº de inscrição:

475745

DADOS DO CLIENTE

Nome: PEDRO CRUZ BRAGA JUNIOR
Endereço: R. PEDRO CRUZ BRAGA 345, JARDIM SANTA PAULA
Cidade: SÃO PAULO
Endereço: R. PEDRO CRUZ BRAGA 345, JARDIM SANTA PAULA
Cidade: SÃO PAULO
CNPJ: 07.001.000/0000

ECONOMIA

Residência: 111 Comercial: 000 Industrial: 000 Póster: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Table with columns: Serviço, Medição, Leteiras Anterior, Leteiras Atual, Volume em m³, Média Semestral (m³)

DATA

Letras Anterior: 01/01/2020 Leteiras Atual: 01/01/2020
Letras Anterior: 01/01/2020 Leteiras Atual: 01/01/2020
Linha Água: 302205
Linha Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Table with columns: Nº de Amostras, Cloro, Turbidez, Cor, Coliformes Totais, Escherichia Coli

MERCADORIA E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONSIDERAR O DEBITO DE R\$ 69,70. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Table with columns: Descrição dos serviços, Valor (R\$), Histórico de Volumes (Mês, Valor em m³)

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Table with columns: Descrição, Valor (R\$), Descrição, Valor (R\$)

MÊS/ANO: 01/2020 VENCIMENTO: 07/02/2020 TOTAL A PAGAR (R\$): 69,01

INFORMAÇÕES DO CLIENTE: 251972070271000 L 1085 H 07-41-43 R 055 P 001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 385 1919.
Mais informações pelo telefone 0800 375 0195, nas lojas de atendimento de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na



Fatura Mensal

DADOS DO CLIENTE
Inscrição: 475745
Código de Registro: 07.001.000/0000
Município: SÃO PAULO
Local: São Paulo
Endereço: R. PEDRO CRUZ BRAGA 345, JARDIM SANTA PAULA
Cidade: SÃO PAULO
CNPJ: 07.001.000/0000
Total (R\$): 69,01
Número de inscrição: 251972070271000 L 1085 H 07-41-43 R 055 P 001





Nº de Inscrição:

022527506

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA REGIÂNIA F. FELICER

End. Loteamento: RUA JOAO ZACARIAS AVORIM, 56, LINDEIRO.

Cidade: FURZEEIRO

CEP: 43030-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 010

Quadra: 0000

Lote: 0004

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço:

Medidor:

Leitura Anterior:

Leitura Atual:

Volume(m³):

Média Semestral(m³):

ACI n:

R120778570

087

090

8

0

DATAS

Leitura Atual: 27/01/2020

Sessão: 27/01/2020

Lacre Água: 350107

Leitura Anterior: 24/12/2019

Próxima Leitura: 24/02/2020

Lacre Espelho:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2019

Nº de Amostras:

Cloro:

Turbidez:

Cor:

Coliformes Totais:

Escherichia Coli:

Espéculos:

Atividade:

Em conformidade:

142

142

142

142

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2019, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.

DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

RUA

Valor (R\$):

20,30

HISTÓRICO DE VOLUME

RELACIONAMENTO DE FATURAS

Mês/Ano:

Água (m³):

Espelho (m³):

Tributos sobre o faturamento

Distribuição:

Valor (R\$):

0,32

COPINS:

1,67

SUBSIDIO

VALOR DO SERVIÇO:

20,30

VALOR DO SUBSIDIO:

12,30

VALOR TOTAL A PAGAR:

34,30

Valor (R\$):

12,30

34,30

MÊS/ANO:

01/2020

VENCIMENTO:

07/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$):

34,30

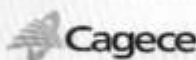
CAGECE - SERVIÇOS PÚBLICOS

F: 35720608095515 L: 0418 H: 07 08 22 R: 099 P: 001



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

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACROR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. 0800 285 1918. Distrito: localidade: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará. 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou no WhatsApp: 3301.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição:

Código de Responsável:

011.20.00

Local: 021

Setor: 010

Quadra: 0000

Lote: 0004

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade:

FURZEEIRO

Vencimento: 07/02/2020

Total (R\$):

34,30

8269000000-9 34300009500-4 02252750800-0 07000122015-4



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA REGILANIA FERREIRA ALEMCON inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.221.363 / 28 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 929.906.903 / 64, do sinistro de DPVAT cobertura TUVA/IDEZ da Vítima JOÃO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 929.906.903 / 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECU-SU-ME Renda: RECU-SU-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RECU-SU-ME DECLARA

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		Número	Complemento
<u>Rua João Zacarias Amorim</u>		<u>56</u>	<u>COISA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>URUPEIRO</u>	<u>GUAZENHO DO NORTE</u>	<u>CEARA</u>	<u>63030-085</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>11</u>	<u>11</u>	<u>11</u>	

JOÃO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA 30 de MARÇO de 2020
Local e Data

MARIA REGILANIA FERREIRA ALEMCON
Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE / CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): Admissão: 27/01/2020 08:05
Nome: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Pront.: 185008 Data Nasc.: 09/01/1982 Idade: 38 ano(s) 0 mes(es) e 18 dia(s) Tel.: 88 99216-6238
Mãe: FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: 63010-000 Bairro: JUVENCIO SANTANA
Endereço: RUA PEDRO CRUZ SAMPAIO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador AMANDA SOUZA DE ALMEIDA Horário 27/01/2020 08:06
Queixa: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM QUEIXA DE DOR EM MIE
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: DOR INTENSA
Risco de Queda: Não
Alergia a Medicamento: Não

Sato02: Glasgow 15 Temp.: Glicemia Régua: 8 Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRUNO DAMASCENO SANTOS SENA CRM: 6 Nº: 521322 Horário 27/01/2020 08:15
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

Comorbidade:

MDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITMA DE QUEDA DE MOTO.
A- PERVIAS + COLAR CERVICAL
B- MV+ AHT S/RA EUNPNEICO
C- HEMODINAMICAEMNTE ESTAVEL.
D- ECG 15
E- DEFORMIDADE FECHADA EM PERNA ESQUERDA, PULSOS DISTAIS PRESENTES.
CD.: RX DO TRAUMA
SINTOMATICOS
P. ORTOPEDIA



Dr. Bruno D.S. SENA
Cirurgião Geral
CRM 6217.562 - RQE 7698

EXAME

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

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA		
Idade: 38 ano(s) 0 mes(es) e 20 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 185008
Endereço: RUA PEDRO CRUZ SAMPAIO		
Num: 345	CEP: 63010-000	UF: CEARÁ
		Bairro: JUVENCIO SANTANA
		Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização		
Clinica: CLINICA CIRURGICA II Enfermaria: 07	Leito: 628	
Internação 27/01/2020 19:13	Alta: * Não Informado * * Não Informado	

Relatório

Tipo de Saída: Transferência Externa

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUPRACITADO COM FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO JA EM USO DE FIXADOR EXTERNO PARA CONTROLE DO DANO ORTOPEDICO. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO COM ESPECIALISTA EM CIRURGIA DO JOELHO.

SOLICITO TRANSFERENCIA EXTERNA PARA HOSPITAL DA UNIMED.

PACIENTE NECESSITA DE TRANSPORTE EM AMBULANCIA.

DR THIAGO CALDAS LEAL ESTÁ CIENTE DO CASO

Exames Realizados

RX E TC

Terapêutica Utilizada

CONTROLE DO DANO

Sequelas Apresentadas

SERAO AVALIADAS NO POS OP

Diagnóstico

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Transferência

Referência: CLINICA SAO JOSE

Observações Complementares

* Não Informado *

Perfil

12

Responsável

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

Data: 29/01/2020


Dr. Breno A. Macêdo Cruz
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Ombro / Cotovelo
CRM-CE 13.375 / CRM-PE 20041 / TEO 14926



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE / CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): Admissão: 27/01/2020 08:05
Nome: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Pront.: 185008 Data Nasc.: 09/01/1982 Idade: 38 ano(s) 0 mes(es) e 18 dia(s) Tel.: 88 99216-6238
Mãe: FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: 63010-000 Bairro: JUVENCIO SANTANA
Endereço: RUA PEDRO CRUZ SAMPAIO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	27/01/2020 08:18	Sim	Pendente
RX PERNA E AP/P (0204060168)	27/01/2020 08:18	Sim	Pendente
RX JOELHO E AP/P (0204060125)	27/01/2020 08:18	Sim	Pendente
RX BACIA AP (0204060095)	27/01/2020 08:18	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO CRM 17609 27/01/20 08:18

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE DOR	09
OMEPRAZOL 40MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 10 ML DILUENTE PRÓPRIO / INTRAVENOSA / 24/24 H	08:30
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H	08:30
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	08:30
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	F1 F2 F3 F4
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para Óbito





PACIENTE: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA PRONTUÁRIO: 185008 DN/IDADE: 09/01/1982 | 38 ano(s)
MÃE: FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA CLÍNICA: ENFLEITO CLINICA CIRURGICA II, 07, 628 EXAME: TC JOELHO ESQUERDO SEM
CONTRASTE(0206030029)
PROFISSIONAL: MARCELO NOGUEIRA LIMA JUSTIFICATIVA: PLANEJAMENTO PRE OPERATORIO - FRATURA PLANALTO TIBIAL ESQ
- SOL TC COM CORTES AXIAL - SAGITAL - CORONAL DATA REALIZAÇÃO: 28/01/2020 11:26 DATA LAUDO: 28/01/2020 11:56 HOSPITAL:
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

INDICAÇÃO: Trauma

TÉCNICA: Foram realizados cortes tomográficos do joelho esquerdo, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

ANÁLISE:

- Múltiplos traços de fraturas com acentuado grau de cominuição comprometendo a região metaepifisária proximal da tíbia, com extensão à superfície articular (platos medial e lateral), com sinais de dissociação metáfiso-diafisária.
- Fêmur distal e fíbula proximal de aspecto normal, com córtex preservado e trabeculado ósseo mantido. Ausência de reações periosteais.
- Moderado derrame articular com formação de nível líquido.
- Infiltração edematosa de partes moles em tecidos subcutâneos ao redor do joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura articular proximal da tíbia com dissociação metáfiso-diafisária, configurando "Tipo VI da classificação de Schatzker - 41C3" (Vide descrição detalhada).

✓ Moderada lipo-hemartrose.



HAROLDO LUCENA MIRANDA FILHO
CRM:10485

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 27/01/20 17:58

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Prontuário: 185008

Clinica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: KLINGE LUCIANO DENAMONTEIRO

1º Auxiliar: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA

Enfermeiro: SAMARA CARVALHO DUARTE

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 09/01/1982

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 04A

Anestesiologia: JACIO BERARDO SAMPAIO FILHO

2º Auxiliar:

Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050683	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050683	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Limpa Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL

ANTISSEPZIA E ASSEPSIA DE MIE

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQ COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQ

PROCEDEIEMNTO SEM INTERCORRENCIAS

LIMPEZA

CURATIVO

Dr. Tássiano D. Sampaio
ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 18929 TEOT 15003



Data 27/01/2020

Assinatura Cirurgião | CREMEC





HOSPITAL UNIMED CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 7547 Registro: 1008 Data/Hora: 30/01/2020 11:10
 Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
 Mãe: FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA
 Nasce: 09/01/1982 RG: 99029328151 CPF: 929.906.903-44 Sexo: Masculino
 Idade: 38 anos, 0 meses e 21
 Endereço: R PEDRO CRUZ SAMPAIO Nº 345 Bairro: JUNVENCIO SANTANA
 Cidade: JUAZEIRO DO NORTE UF: CE
 Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA Carteira: 00630020057031886
 Fone: (88) 98846-8043 - (88) 99965-0035
 Profissão: MOTORISTA DE ÔNIBUS Atendente: CICEROWELLINGTON
 Tipo de Acomod.: Enfermaria Quarto: APT12
 Médico Responsável: 010498 THIAGO CALDAS LEAL

Historia Clinica ou resumo :

Handwritten clinical history notes

Exames complementares:

Handwritten complementary exam results

Diagnostico:

Handwritten diagnosis: F21, Schizofrenia VI

() Agudo () Crônico () Tempo de Evolução ___ () Meses () Anos

Previsão de Alta: 02/02/2020

Hora:

Curado ()

Melhorado ()

Transferido ()

Trat. Ambulatorial ()

Indisciplina ()

Óbito: _____

Causa: _____

Data: / /

Handwritten signature of patient/responsible
Paciente/Responsável

Handwritten signature of doctor
Médico Solicitante

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

ENFERMEIRO(A)

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

PACIENTE: João Batista da Silva Oliveira PRONTUÁRIO: 7547 REGISTRO: 1008
 DN: 09/01/1982 ENF./LEITO: APT 12 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

ADMISSÃO: 31/01/2020 NOME DA MÃE: Francineira da Silva Oliveira

1. VERIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA NA UNIDADE DATA: 31/01/2020

1.1 ORIENTAÇÃO QUANTO A:
 1.1.1 JEJUM: SIM NÃO 1.1.2 QTD. HORAS: ± 8 hr 1.1.3 PESO: 70 kg 1.1.4 ALTURA: 1,65 1.1.5 TRICOTOMIA: SIM NÃO 1.1.6 TIPO: TRICOTOMIZADOR TESOURA LÂMINA 1.1.7 PRÓTESES/ADORNOS: SIM NÃO

2.1 PRESENÇA DE EXAMES:
 2.1.1 LABORATORIAIS: SIM NÃO 2.1.2 ULTRASSONOGRAFIA: SIM NÃO 2.1.3 RAIOS-X: SIM NÃO 2.1.4 ECG: SIM NÃO 2.1.5 TOMOGRAFIA: SIM NÃO 2.1.6 RESSONÂNCIA: SIM NÃO 2.1.7 OUTROS:

3.1 SOLICITADO:
 3.1.1 TIPAGEM SANGÜÍNEA: SIM NÃO 3.1.2 TERMO DE CONSENTIMENTO: SIM NÃO 3.1.3 PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: SIM NÃO 3.1.4 UTI: SIM NÃO 3.1.5 OUTROS:

4.1 ANTECEDENTES PESSOAIS:
 HAS DIABETES CARDIOPATIA BRONQUITE ASMA TABAGISMO DROGAS GRAVIDEZ HEMOTRANSFUSÃO RELIGIÃO: Católica

MEDICAÇÕES EM USO: Neço CIRURGIA ANTERIOR: Neço ALERGIAS: SIM NÃO QUAL: Neço

5.1 CONDIÇÕES DA PELE: NORMAL EDEMA EQUIMOSSES LESÕES ICTERÍCIA CICATRIZ CURATIVOS DRENOS

ASSINATURA DO PACIENTE: João Batista

ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL (CARIMBO/ASSINATURA): Marciana F. da Silva

2. VERIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA NO CENTRO CIRÚRGICO: DRENÇA ADMISSÃO: 31/01/20 HORA:

3. TRANSOPERATÓRIO
 HORA DE ENTRADA NA S.O.: PUNÇÃO VENOSA JELCO Nº LOCAL: TRICOTOMIA: TRICOTOMIZADOR TESOURA LÂMINA

RECEBIDO POR: Ruanio SALA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ACORDADO SONOLENTO CALMO AGITADO OUTROS

CIRCULANTE: Ruanio INSTRUMENTADOR: Ruanio CIRURGIÃO 1: Ruanio CIRURGIÃO 2:

INÍCIO DA CIRURGIA: 13:30 TÉRMINO DA CIRURGIA: 21:00

CIRURGIA PROPOSTA: Osteosíntese de fratura tibial

CIRURGIA REALIZADA:

ANESTESISTA: DRS Fucello

TIPO DE ANESTESIA: GERAL + VENOSA GERAL + INALATÓRIA GERAL COMBINADA RAQUI PERIDURAL BLOQUEIO SEDAÇÃO LOCAL
 BLOQUEIO + LOCAL BLOQUEIO + SEDAÇÃO SEDAÇÃO + LOCAL

PAM/LOCAL: TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: ARAMADA Nº: MÁSCARA LARÍNGEA Nº:


OUTROS: POSIÇÃO DO PACIENTE: DORSAL VENTRAL FOWLER LITOMÍDICA LATERAL ESQUERDO LATERAL DIREITO TREDELEMBURG TREDELEMBURG REVERSO

ASSEPSIA: CLOREXIDINA ALCÓOLICA CLOREXIDINA DEGERMANTE ACESSO CENTRAL: SIM NÃO LOCAL: EXECUTADO POR:

OXIGENIOTERAPIA: ESPONTÂNEO CATETER O2 MÁSCARA VENTURY TOT + VM TRAQUEÓSTOMO

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM NÃO Sonda vesical de demora: SIM NÃO DRENOS: SIM NÃO LOCAL:

BOTA PNEUMÁTICA: SIM NÃO ANATOMO PATOLÓGICO: SIM NÃO CULTURA: SIM NÃO QTDE. DE PEÇAS ANATÔMICAS:

	LEGENDA		INFUSÕES / SOLUÇÕES:					
	●	ELETRODOS	VOLUME	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	SANGUE/DERIVADOS	QUANTIDADE	HORA
	←	FUNÇÃO VENOSA		S. FISIOL		CONC. HEMÁCIAS		
	—	INC. CIRURGICA		S. FISIOL		PLASMA		
	+	DRENOS		RINGER		PLAQUETAS		
=	PLACA DE BISTURI		GLICOSADO		ALBUMINA			
*	OXÍMETRO							
□	COXIM							

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na S.O. M. monitorizado e oximetria de pulso por 21 minutos antes da cirurgia realizada 21 minutos.

Temperatura do paciente	Temperatura da S.O.
Inicial: () °C	Inicial: () °C
Final: () °C	Final: () °C

Destino do Paciente da S.O.: () UTI () SRPA () Clínica Cirúrgica () Clínica Médica () Domicílio

Técnico de Enfermagem: Fucello

Paciente admitido a LPP estágio 2 em
máquina ventilada após admissão do setor
de origem comunicado a enfermagem de setor
Máquina.

01 luva 7.0 para montar a mesa.

03 luvas 7.5 rasgaram na hora de calçar + 02 7.5 também rasgaram.

01 luva 7.5 para o cirurgião que contaminou.

01 7.0 para instrumentador que precisou sair e voltar.

4. RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICO - PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

ADMISSÃO: 31/01/20

HORA: 01:35

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE DESORIENTANDO INCONSCIENTE

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM NÃO

SONDA VESICAL DE DEMORA: SIM NÃO

HEMOVIGILÂNCIA: SIM NÃO

ATÉ QUE HORAS: _____

DRENOS: SIM NÃO LOCAL: MSE

ADMISSÃO NA SRPA:

Paciente admitido em SRPA em PÓS de TIO de fratura em tibia (E), sob traqueoes-
tesia, monitorado, aquecido, orientado, mantém AUP em MSE, dreno em FO., curati-
vo limpo, liberado para o setor de origem após alta anestésica.

COREN-CE 717.859-16

FICHA DE ANESTESIA

Nº Int: 7547 Paciente: São Batista da Silva Cláudia Convênio: unimed Idade: 38 Sexo: M Data: 28/01/2010

Acomodação: Unidade: Quarto: Leito:

Diagnóstico pré-operatório:

P.A: 120 x 75 TPR: Hb: Ht: Urina:

Outros dados Laboratoriais: Biópsia:

Ingestão Alimentar: jejum 12hs Condições Física: Am.T ECG:

Observação:

CIRURGIA DE URGÊNCIA

Cirurgiões: 1. Thiago Leal CRM 2. CRM 3.

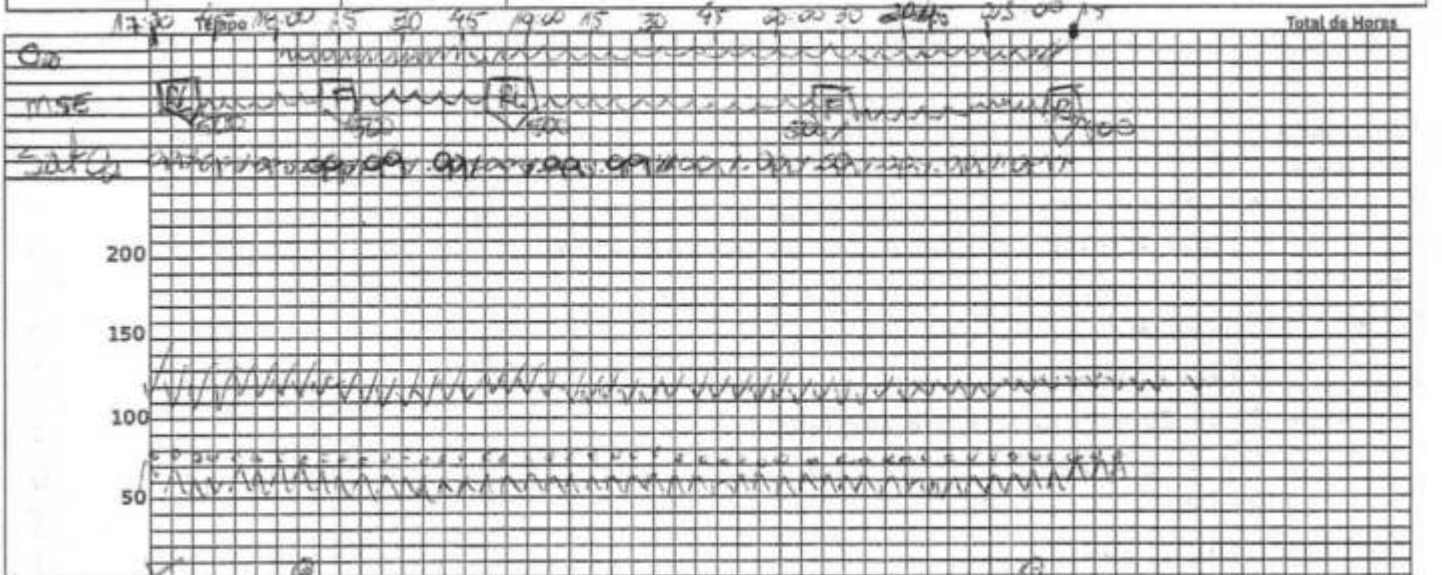
Anestesiologista: Tullio Guandara Anestesia: ASA 10710719-1

Início: 17:30 Fim: 21:20 Tempo de cirurgia: 03:05 min Início: 18:03 Tullio Guandara Anestesiologista 21:05

Pré-Medicação: Agentes para Indução: Agentes para Manutenção:

Tempo: Agente: Efeito: Agente: Dose ou Método Agente: Dose ou Método

Tempo	Agente	Efeito	Agente	Dose ou Método	Agente	Dose ou Método



Observações, Medicações, Fluidos, etc...

Adrenalina - Amp.	Qtd.	Dormire 5mg - Amp.	Qtd. 1	Prostigmine - Amp.	Qtd.	Soro Ringer 500ml	Qtd. 03
Alfast - Amp.	Qtd.	Droperidol - Amp.	Qtd.	Quelicln 100mg - Amp.	Qtd.	Soro F. 0,9% - 500ml	Qtd. 02
Atropina - Amp.	Qtd.	Efedrin - Amp.	Qtd.	Ranitidina - Amp.	Qtd.	Soro F. 0,9% - 250ml	Qtd.
Aramin - Amp.	Qtd.	Etomidato - Amp.	Qtd.	Rocuron 50mf - FR	Qtd.	Soro F. 0,9% - 100ml	Qtd.
Água Dest. 10ml - Amp.	Qtd.	Fastfen - 2ml - Amp.	Qtd.	Sevocris - ml	Qtd.	Tempo de Oxigênio:	
Aguilha Perican - Amp.	Qtd.	Fastfen 5mcg/mk - Amp.	Qtd.	Seringa Perifix	Qtd.		
Atropion - Amp.	Qtd.	Fentanest 2ml	Qtd.	Tenoxican 20mg	Qtd.		
Bextra - Amp.	Qtd. 0,5	Fentanest 10ml	Qtd. 1	Tracur 2,5 - Amp.	Qtd.		
Bromoprida - Amp.	Qtd.	Ketamin - ml	Qtd. 1	Tracur 5ml - Amp.	Qtd.		
B. Composto - Amp.	Qtd.	Neocaina pesada - Amp.	Qtd. 0,5	Tramadol 50mg - Amp.	Qtd.		
Cefalotina 1g - Amp.	Qtd.	Nimbium 10mg - Amp.	Qtd.	Tramal 100mg/ml 2ml - Amp.	Qtd.		
Cefalotina 1G - Amp.	Qtd. 0,5	Novabupi 0,5 c/v - ml	Qtd.	Xylestesin 1% c/v - ml.	Qtd.		
Ceftriaxona 1G - Amp.	Qtd.	Novabupi 0,25 c/v - ml	Qtd.	Xylestesin 1% s/v - ml	Qtd.		
Cetoprofeno 100mg	Qtd.	Novabupi 1550 0,50 - Amp.	Qtd.	Xylestesin 2% c/v - ml	Qtd.		
Clonidin - Amp.	Qtd. 0,5	Novabupi 0,50% c/v	Qtd.	Xylestesin 2% s/v - ml	Qtd.		
Dramim B6 - Amp.	Qtd.	Ondasetrona 2mg - Amp.	Qtd. 0,2	Xylestesin isobarico - ml	Qtd.		
Dexametasona 2mg	Qtd.	Oxiton 5UI - Amp. (1ml)	Qtd.	Xylestesin Gel 2% - Ser	Qtd.		
Dexametasona 4mg	Qtd. 0,5	Omeprazol - Amp.	Qtd.	Xylestesin Spray 10% - ml	Qtd.		
Dipirona	Qtd. 0,2	Pantoprazol - Amp.	Qtd.	Xylestesin Pomada Gramas	Qtd.		
Dmorf 0,1mg - Amp.	Qtd. 0,5	Propovan 10ml - Amp.	Qtd. 4				
Dmorf 1,0mg - Amp.	Qtd.	Propovan 20ml - Amp.	Qtd. 10				

11 - 10mg + 25mg
12 - 10mg + 25mg
13 - 10mg + 25mg

Observações sobre o curso da anestesia:

Oxímetro de Pulso:	<input checked="" type="checkbox"/>
Capnografo:	<input type="checkbox"/>
Monitor Cardíaco:	<input checked="" type="checkbox"/>
Taxa de CO2:	<input type="checkbox"/>
Vídeo Cirúrgico:	<input checked="" type="checkbox"/>
PANI:	<input type="checkbox"/>

Sala de Recuperação - Observações

PA = 129 x 74 mmHg
Sat O₂ : 95%
FC : 80

Enferm.
SR.
UTI.

Condições Pós-Operatório
Reflexos em sala cirúrgica

SIM NÃO

HUC

Unimed

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

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

Total:

Horário da alta: 22:00

10710719-1
Dra. Tuila Guanabara
Anestesiologista
(Assinatura com Carimbo)



HOSPITAL UNIMED CARIARI

Atendimento:1008

Data/Hora: 31/01/2020 21:13:45

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio:UNIMED DO CARIARI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

Carteira:00630020057031886

Médico:THIAGO CALDAS LEAL\10498

Descrição Cirúrgica

1 - DESCRIÇÃO CIRURGICA

1.1 - DESCRIÇÃO:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

A POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉRIS

INCISÃO ANTERO-LATERAL E PÓSTERO-MEDIAL, EM JOELHO ESQUERDO

REALIZADA ARTROTOMIA LATERAL E ELEVADO MENISCO

OBSERVADO DESABAMENTO ARTICULAR LATERAL IMPORTANTE COM GRANDE COMINUIÇÃO ARTICULAR E METAFISÁRIA MEDIAL

REALIZADA OSTEOSINTESE DOS FRAGMENTOS MEDIAIS COM 2 PLACAS BLOQUEADAS 3,5MM E 1 PLACA BLOQUEADA 4,5MM

REALIZADA OSTEOSINTESE LATERAL COM 1 PLACA BLOQUEADA LATERAL 4,5MM E FIO DE K 1,5MM (10 PARAFUSOS 3,5MM E 9 4,5MM)

ELEVADA ARTICULAÇÃO E REALIZADA ENXERTIA COM 3 ENXERTOS SINTÉTICOS, LATERALMENTE

SUTURA MENISCAL

LIMPEZA COM SF 0,9%

COLOCADO DRENÓ 4,8

RAPIA POR PLANOS

THIAGO CALDAS LEAL CRM-CE-10498

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10498 RCO: 13030

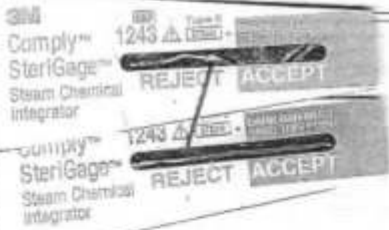
SAEP - CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL ESTERILIZADO

BATERIA
CARIRI IMPLANTES
DATA: 10/01/2020 - VENC: 06/01/2021
LOTE: 1675.1 1005
Resp Técnica: En^ª Fabianne Costa (COREN 166961)

ETIQUETA DE IMPLANTES

INTEGRADOR



FITA DA AUTOCLAVE

BANDEJA: *Implante*
DATA: *31/01/20* LOTE: *300309*
Nº DE PEÇAS:
OBSERVAÇÃO:

FITA DA AUTOCLAVE

BANDEJA: *Implante*
DATA: LOTE: *300309*
Nº DE PEÇAS:
OBSERVAÇÃO:
FUNCIONÁRIO: *Dr. Thiago / Thais*

FITA DA AUTOCLAVE

BANDEJA:
DATA: LOTE:
Nº DE PEÇAS:
OBSERVAÇÃO:
FUNCIONÁRIO:


ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL (CARIMBO/ASSINATURA)


ALTA COM: FICHA ANESTÉSICA DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

DESTINO DO PACIENTE:
 S.R. UTI UNIDADE I UN

FITA TESTE

HUC		CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO		Unimed 	
MATERIAL:	<i>Implante</i>		DATA:	<i>30.01.20</i>	
RESP. PREP.:	<i>Thais</i>		DATA ESTERILIZAÇÃO:	<i>30.03.09</i>	
Nº LOTE:	<i>30.03.09</i>		HORA:		
DATA USO:	<i>31/01/20</i>		S.O.:	<i>A</i>	
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Thiago</i>		OBS.:		

FITA TESTE

HUC		CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO		Unimed 	
MATERIAL:	<i>Implante</i>		DATA:	<i>30.01.20</i>	
RESP. PREP.:	<i>Thais</i>		DATA ESTERILIZAÇÃO:	<i>30.03.09</i>	
Nº LOTE:	<i>30.03.09</i>		HORA:		
DATA USO:	<i>31/01/20</i>		S.O.:	<i>A</i>	
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Thiago</i>		OBS.:		

INTEGRADOR

FITA TESTE

FITA TESTE

HUC

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

Unimed

MATERIAL: CX Implante cani Implant

RESP. PREPARO: Sandra

DATA ESTERILIZAÇÃO: 30.03.2020

DATA: 30.01.2020

Nº LOTE: 3003009

DATA USO: 31.01.20

HORA: 01

S.O: 01

CIRURGIÃO: D. Thiago

OBS:

HUC

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

Unimed

MATERIAL: CX Implante cani

RESP. PREPARO: Sandra

DATA ESTERILIZAÇÃO: 30.03.2020

DATA: 30.01.2020

Nº LOTE: 3003009

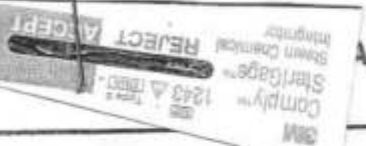
DATA USO: 31.01.20

HORA: 01

S.O: 01

CIRURGIÃO: D. Thiago

OBS:



ADOR

FITA TESTE

HUC

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

18 peças

MATERIAL: CX Ortopedia

RESP. PREPARO: Marciana

DATA ESTERILIZAÇÃO: 31.04.2020

DATA: 31.01.2020

Nº LOTE: 210207

DATA USO: 31.01.20

HORA: 01

S.O: 01

CIRURGIÃO: D. Thiago

OBS:

LOTE: 3003009

BANDEJA: implantes

DATA: 30.01.20

Nº DE PEÇAS:

OBSERVAÇÃO:

FUNCIONÁRIO: Sandra

LOTE: 400070

BANDEJA: ortopedia

DATA: 31.01.20

Nº DE PEÇAS: 18

OBSERVAÇÃO:

FUNCIONÁRIO: Marciana

LOTE: 3003009

BANDEJA: implantes

DATA: 30.03.20

Nº DE PEÇAS:

OBSERVAÇÃO:

FUNCIONÁRIO: Sandra

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL (CARIMBO/ASSINATURA)

ALTA COM: FICHA ANESTÉSICA DESCRIÇÃO CIRÚRGICA SAEP CIRURGIA SEGURA GASTO DE SALA

DESTINO DO PACIENTE:

HORA:





HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 30/01/2020 18:04:09

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA
00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

Carteira:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

EM TEMPO FOI REALIZADO TC DO JOELHO ESQUERDO, LAUDO ANEXADO AO PRONTUARIO;
REALIZADO COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS, AGUARDA RESULTADO;
REALIZADO ECG, AGUARDA LAUDO;
SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Marciana F. da Silva
Enfermeira
COREN-CE-474017

MARCIANA FERNANDES DA SILVA COREN-CE-474017



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 30/01/2020 22:07:05

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

Carteira:

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

PACIENTE PROVINIENTE DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, ADMITIDO NA CLINICA CIRURGICA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO, AGENDADO PARA AMANHÃ;
ACEITA DIETA OFERECIDA, ZERAR DIETA ÀS 00:00, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA; COPA CIENTE;
A VP EM MSE PARA SOROTERAPIA E TERAPIA MEDICAMENTOSA;
SEM QUIEXAS NO MOMENTO;
COM PINO EM PERNA ESQUERDA;
DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE ATÉ O MOMENTO;
SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS, TC DO JOELHO E ECG;
REALIZOU EXAMES LABORATORIAIS, AGUARDA RESULTADO;
REALIZOU TC DE JOELHO ESQUERDO AGUARDA RESULTADO;
DIURESE PRESENTE (SIC);
EVACUAÇÃO AUSENTE (SIC);
AGUARDA CHAMADO AO BLOCO;
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Maria Jucilania Rodrigues Amaranite
COREN-CE 557.075-ENF.

MARIA JUCILANIA RODRIGUES AMARANTE COREN-CE-557075



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 30/01/2020 18:05:46

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA
00630020057031886

Carteira:

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

PACIENTE PROVINIENTE DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, ADMITIDO NA CLÍNICA CIRÚRGICA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO, AGENDADO PARA AMANHÃ;
ACEITA DIETA OFERECIDA, ZERAR DIETA ÀS 00:00, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA;
A VP EM MSE PARA SOROTERAPIA E TERAPIA MEDICAMENTOSA;
SEM QUIEXAS NO MOMENTO;
NEGÁ ALERGIA;
COM PINO EM PERNA ESQUERDA;
REALIZADO ESCALA DE BRADEN, RECEBO O PACIENTE COM PELE ROMPIDA EM RIGIÃO SACRAL, SEMELHANTE A LPP EM ESTÁGIO I;
DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE ATÉ O MOMENTO;
SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS, TC DO JOELHO E ECG;
REALIZOU EXAMES LABORATORIAIS, AGUARDA RESULTADO;
REALIZOU TC DE JOELHO ESQUERDO AGUARDA RESULTADO;
DIURESE PRESENTE (SIC);
EVACUAÇÃO AUSENTE (SIC);
AGUARDA CHAMADO AO BLOCO;
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Marciana F. da Silva
Enfermeira
COREN-CE 474.017

MARCIANA FERNANDES DA SILVA COREN-CE-474017



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 30/01/2020 15:25:41

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

Carteira:

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL10498

EVOLUÇÃO TECNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

PACIENTE PROVINIENTE DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI,
ADMITIDO NA CLINICA CIRURGICA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO, AGENDADO PARA AMANHÃ;
ACETA DIETA OFERECIDA, ZERAR DIETA ÀS 00:00, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA;
PUNCOANDO AVP EM MSE USADO 1 INTROCAN N°20, FIXADO COM IV FIX.
PARA SOROTERAPIA E TERAPIA MEDICAMENTOSA;
COM PINO EM PERNA ESQUERDA;
REALIZOU EXAMES LABORATORIAIS, TC DO JOELHO;AGUARDA LAUDO.
REALIZOU ECG, AGUARDA CARDIOLOGISTA PARA LAUDAR,RESULTADO ANEXADO AO PRONTUARIO.
REALIZOU EXAMES LABORATORIAIS, AGUARDA RESULTADO;
SOLICITADO PARECER DO CARDIOLOGISTA, AGUARDA;
SEGUE SEM QUEIXAS ALGICAS E
AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Francisca Valquiria Santa da Silva
FRANCISCA VALQUIRIA SANTA DA SILVA COREN-CE-1122983



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 30/01/2020 18:15:15

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

Carteira:

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

EVOLUÇÃO TECNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

CLIENTE RELATA ALGIAS EM LOCAL CIRURGICO, MEDICADO CPM COM TRAMA E COM PLAMET O MESMO APRESENTANDO NAUSEAS CPM, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FERNANDA GOMES DOS SANTOS COREN-CE-644789



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 31/01/2020 00:45:36

Paciente: JOÃO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

Carteira:

EVOLUÇÃO TECNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - SINAIS-VITAIS

HORA	PA	PAM(MMHG)	FC	FR	TAX(%)	SAT(%)
19:30	120/70	0	62	18	36,9	99

1.2 - DESCRIÇÃO:

CLIENTE SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA AMANHÃ, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, CONCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, MANTEM AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, ACEITA BEM A DIETA OFERTADA, SEM QUEIXAS ATÉ O MOMENTO SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.


Maria Aparecida F. Alves
MARIA APARECIDA F. ALVES COREN-CE-768692

HOSPITAL UNIMED CARIRI
Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

- Prescrição Médica Nº: 16992



Prontuário: 75/47 Registro: 1008 Conta: 1008 Médico: THIAGO CALDAS LEAL
 Sexo: Masculino Idade: 38a 0m 22d Nascimento: 09/01/1982 Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA
 Clínica: Cirúrgica Internação: 30/01/2020 as 11:10 Permanência: 1d 9h C.I.D.:
 Mãe: FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA

Localização: 1AND, APT12, APT12

Nome do item prescrito	Qtd/dose	Unidade	Velocidade	Doses	Via acesso	Frequência	Infusão	Horários
1DETA GERAL								
2[D0-D2] - CEFAZOLINA 1G FA	1	FRS	22:40h	1	6 VO	06/06		1º 06:00; 2º 09:00; 3º 12:00; 4º 15:00; 5º 18:00
Itens manipulados								
SORO FISIOLÓGICO 0,9% FR C/ 100ML *	1	FRS		1	4 EV PERIFERIC	06/06		1º 02:00; 2º 08:00; 3º 14:00; 4º 20:00
3DIFRONA 500MG/ML AMP C/ 2ML	1	AMP		1	4 EV PERIFERIC	06/06		1º 1; 2º 1; 3º 1; 4º 1;
Itens manipulados								
SORO FISIOLÓGICO 0,9% AMP C/ 10ML *	1	AMP		1	2 EV PERIFERIC	12/12		1º 02:00; 2º 08:00; 3º 14:00; 4º 20:00
4BEXTRA 40MG FA	1	FRS/AMP		1	2 EV PERIFERIC	12/12		1º 1; 2º 1; 3º 1; 4º 1;
Itens manipulados								
SORO FISIOLÓGICO 0,9% AMP C/ 10ML *	1	AMP		1	3 EV PERIFERIC	08/08		1º 02:00; 2º 08:00; 3º 14:00;
5CLODRATO DE TRAMADOL 50MG/ML AMP C/ 2ML	1	AMP		1	EV PERIFERIC	S/N 08/08		1º 1; 2º 1; 3º 1;
Itens manipulados								
SORO FISIOLÓGICO 0,9% FR C/ 250ML *	1	FRS		1				1º 02:00; 2º 08:00; 3º 14:00;
6NAUSEDRON 4MG/2ML	1	AMP		1				1º 1; 2º 1; 3º 1;
Observação médica: náuseas ou vômitos								
Em caso de vômito								
Outros								
7CLEXANE 40MG/0,4ML SIER	1	AMP		1	1 SUBCUTANEA Única			1º 14:00;
8ESQUEMA	500	ML		1	1 EV CENTRAL Contínua		Embambala	1º 14:00;
SORO FISIOLÓGICO 0,9% FR C/ 500ML								
Requisição: Mês: 1 Ano: 2020 Doc.: 7837,								

Dr. Thiago Leal
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião de Joelho
 CRM 102480 TEST: 13030

Vigência: 31/01/2020 as 21:06
até: 01/02/2020 as 21:05
JUAZEIRO DO NORTE, 31 de janeiro de 2020.
 Data lançamento

Emitido em: 31/01/2020 às 21:07
 THIAGO CALDAS LEAL
 CRM-CE-10498
 Farmacêutico(a) ou Técnico responsável/ Carimbo



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 31/01/2020 08:59:23

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA
00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

Carteira:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

Paciente evolui em EGB, sem queixas no momento;
Consciente, orientado, normocorado, eupneico, respirando em ar ambiente;
Realizado visita de enfermagem e preenchido SAEP;
Em dieta zero desde 00:00;
Nega cirurgias anteriores;
Nega alergias medicamentosa e/ou alimentar;
Sinalizada com pulseira amarela para o risco de quedas conforme a NSP- realizado orientações e assinado termo;
Sem riscos para LPP;
Nega comorbidades;
Realizou exames laboratoriais, TC do joelho resultados anexado ao prontuario;
Realizou ECG, AGUARDA LAUDO;
Segue em repouso no leito;
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem;
Aguarda chamado ao bloco cirúrgico.

Marciana F. da Silva
COREN-CE 474.017

MARCIANA FERNANDES DA SILVA COREN-CE-474017



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 31/01/2020 23:22:04

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA
00630020057031886

Carteira:

Médico: THIAGO CALDAS LEAL10498

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

PACIENTE RETORA DO BLOCO CIRURGICO, APOS PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS;
CONSCIENTE, ORENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, REFERINDO NAUSEA SEM OUTRAS QUEIXAS;
MANTEM PULSEIRA AMARELA PAR SINALIZAR RISCO DE QUEDAS;
MANTEM A VP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA;
EM USO DE DRENO DE SUCÇÃO;
DIETA LIBERADA;
TEM RX DE CONTROLE PARA REALIZAR, JA COMUNICADO AO SETOR DE IMAGEM;
SEGUE SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Fr. Aline Sousa de Deus
Enfermeira
COREN-CE 304.837

FRANCISCA ALINE SOUSA DE DEUS COREN-CE-304837



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 01/02/2020 11:45:10

Paciente: JOÃO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

Carteira:

EVOLUCAO MÉDICA

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - EVOLUÇÃO

1 DPO DE OSTEOSSÍNTESE DE GRAVE FRATURA EM PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM QUEIXAS ÁLGICAS E EM BEG

FO LIMPA

CD: ALTA AMANHÃ, PELA MANHÃ

RETIRAR DRENO AMANHÃ

THIAGO CALDAS LEAL CRM-CE-10498


Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10498 - 1008



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 01/02/2020 12:27:09

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

Carteira:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

PACIENTE NO 1 DPO EVOLUI EM EGB;
CONSCIENTE, ORENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, RESPIRA EM AMBIENTE;
REFERIU DOR, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA;
MANTEM PULSEIRA AMARELA PAR SINALIZAR RISCO DE QUEDAS;
MANTEM A VP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA;
EM USO DE DRENO DE SUÇÃO;
COM PELE A VERMELHADA EM REGIÃO SACRAL;
RETIRAR DRENO AMANHÃ CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA;
REALIZAR CURATIVO AMANHÃ CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA;
REALIZOU RX DE CONTROLE, PELICULA ANEXADO AO PRONTUARIO;
DIURESE PRESENTE, EVA CUAÇÃO AUSENTE ATÉ O MOMENTO;
SEGUE SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Marciana F. da Silva
Enfermeira
COREN-CE-474.017

MARCIANA FERNANDES DA SILVA COREN-CE-474017



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 02/02/2020 00:36:39

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL10498

Carteira:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

PACIENTE NO 1 DPO EVOLUI EM EGB;
CONSCIENTE, ORENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, RESPIRA EM AMBIENTE;
REFERIU ALGIA, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA;
MANTEM PULSEIRA AMARELA PAR SINALIZAR RISCO DE QUEDAS;
MANTEM AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA;
EM USO DE DRENO DE SUCÇÃO;
COM PELE AVERMELHADA EM REGIÃO SACRAL (PROVENIENTE DE OUTRA UNIDADE HOSPITALAR);
RETIRAR DRENO AMANHÃ CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA;
REALIZAR CURATIVO AMANHÃ CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA;
REALIZOU RX DE CONTROLE, PELICULA ANEXADO AO PRONTUÁRIO;
DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO AUSENTE ATÉ O MOMENTO;
ATESTADO ENCONTRA NO PRONTUÁRIO FALTA ASSINATURA MÉDICA;
SEGUE SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

MILANIA REGIA DOS SANTOS COREN-CE-259324

Milania Regia dos Santos
COREN-CE 259324



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 01/02/2020 16:53:19

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

Carteira:

EVOLUÇÃO TECNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

Paciente em 1 dpo, mantem avp para soro e medicação, mcprn, em uso de atb, realizado a troca dos equipo por motivo de vencimento, mantem dreno de sucção, segue aos cuidados da enfermagem.

FRANCISCA VALQUIRIA SANTA DA SILVA COREN-CE-1122983



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 01/02/2020 20:24:19

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

Carteira:

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - SINAIS VITAIS

PA	PAM(MMHG)	FC	FR	TAX(°)	SAT(%)
140	80	52	16	362	98

1.2 - DESCRIÇÃO:

CLIENTE EVOLUI NO 1 DPO DE OSTEOSSINTESE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, MANTÉM A VP PARA SOROTERAPIA E TERAPIA MEDICAMENTOSA, FAZENDO USO DE A TB, MCPM, AFERIDO SSVV, COM DRENO DE SUÇÃO. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E A OS DEVIAS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Joseleina Gomes Feitosa
Tec. de Enfermagem
COREN-CE 682415
Joseleina Gomes
JOSELINE GOMES FEITOSA, COREN-CE-682415



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento: 1008

Data/Hora: 02/02/2020 11:56:33

Paciente: JOÃO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio: UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

00630020057031886

Médico: THIAGO CALDAS LEAL\10498

Carteira:

EVOLUÇÃO TECNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO:

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR

EDIVANIA NUNES PEIXOTO COREN-CE-610455



Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANC

Paciente : 491407

Idade: 38 Anos / 0 Mês / 26 Dias

Nome do Paciente : JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Data Nascimento : 09/01/1982

Sexo : MASCULINO

Estado Civil : CASADO

Religião :

Profissão : MOTORISTA

Naturalidade : JUAZEIRO DO NORTE

Endereço : RUA PEDRO CRUZ SAMPAIO

Número : 45

Bairro : JUVENCIO SANTANA

Cidade : JUAZEIRO DO NORTE

CEP : 63016165

Telefone : 996954672

Identidade : 99029328151

CPF : 92990690344

CNS:

Nome da Mãe : FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA

Nome do Pai : JOAO ANGELO DE OLIVEIRA

Profissão Declarada : MOTORISTA

Dados do Responsável

Nome : JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Parentesco : O MESMO

Fone : 996954672

Endereço : PEDRO CRUZ SAMPAIO

Número : 45

Complemento :

CEP : 63016165

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento : JISILVF

Número : 3818017



Data : 04/02/2020 Hora : 18:07:48

Origem : INTERNACAO

3818017

Tipo : INTERNACAO CLINICA URGENC

Unidade de Internação : BLOCO I

Leito : ENF L7-1

Médico do Atendimento : 1565 ULISSES SILVA PEREIRA

Conselho: CRM -11917

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF : 00996155333

Convênio : 8 UNIMED

Plano : UNIMED

Carteira : 0630020057031886

Guia : 4616

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Modalidade : APARTAMENTO SIMPLES

Serviço : CLINICA GERAL

CID : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Procedimento principal : 00020010

VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNACAO)

Local de Procedência :

Motivos

Dr. Ulisses Silva Pereira
CRM 11917
Especialidade: Ortopedia/Traumatologia

ULISSES SILVA PEREIRA
CRM 11917

Ma Eliomar
Paciente/Responsável



Data de Emissão 04/02/2020

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

JISILVA

Usuário do Cadastro :

SLUCIANO

Nome : JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Unidade : BLOCO I

Identidade : 99029328151

Nome da Mãe : FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA

Leito : ENF L7-1

Paciente : 491407

CPF : 92990690344

Atendimento



381801

Dados do Responsável

Nome : JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Parentesco : O MESMO

Fone : 996954672

Endereço : PEDRO CRUZ SAMPAIO

Número : 45

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: Ma Ediomara

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

Ma Ediomara



04/02/2020
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Internação

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANO
Usuário do Atendimento : JISILVA

Nome : **JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA**

Paciente : 491407

Atendimento

3818017

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 09/01/1982 Idade: 38 Anos / 0 Mês / 26 Dias

Nome da Mãe : FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA

Nome do Pai : JOAO ANGELO DE OLIVEIRA

Endereço : RUA PEDRO CRUZ SAMPAIO

Número : 45

Bairro : JUVENCIO SANTANA

Cidade : JUAZEIRO DO NORTE

CEP : 63016165

Telefone : 996954672

Profissão Declarada : MOTORISTA

Dados do Atendimento

Data : 04/02/2020 Hora : 18:07:48 Convênio: UNIMED

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA SAME : 3325700

Serviço : CLINICA GERAL

Unidade : BLOCO I

Leito : ENF L7-1

Uma Eliomar

Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

Historia da doença atual:

Fe Joao Elias

Antecedentes:

Fe do OSTEOMITE Fe Joao ED

I.S.....:

Exame Físico:

*FO hiperemico, com Jansen
PE GECAD IEP hemático*

Hipotese Diagnostica:

Infecção FO ?

Diagnostico Definitivo:

*Inf - OP OSTEOMITE
Fe Joao*

Alta em.....: 11/02/20

Condições de Alta.....

Ulisses Silva Pereira

ULISSES SILVA PEREIRA
CRM 11917

06/03



Paciente: 00491407 JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: BLOCO I, ENF L1-1
Serviço: CLINICA GERAL

Avaliação Inicial

Movimentos: Voluntários Involuntários Afasia
ADM: Aumentada Diminuída Norma
Marcha: Com auxílio Sem auxílio Ausente
Reflexos: Presentes Ausentes Diminuído
Tônus Muscular: Normal Diminuído Aumentado
Dor: Aos movimentos Em repouso Ausente Não responde
Déficit Motor: Paralisia Paresia Ausente Diminuído
Pele: Normal Ulceração Palidez Vermelhidão

Conduta Fisioterapêutica

Cinesioterapia: Ativa Passiva Isométrica Restrita Com acessórios
Eletroterapia: US TENS FES
Crioterapia: Sim Não
Deambulação: Sim Não
Outros: Sim Não

Observação:

Cod: 2.01.03.52-2

Evolução

Pct em PO(31/01) de Osteossíntese de Joelho "E" com 4 placas, por fratura de plato tibial Schatzker V, devido acidente motociclístico em 27/01. Evoluiu apresentando sinais flogísticos na FO, sem febre(SIC). HPP: Nega. Apresenta edema de MIE(2+/4+). Limitação da ADM de Tornozelo. Leve dor à mobilização de joelho.

Alison C. Nascimento
Fisioterapeuta
Rég. Prof. 1011223-F

ALISON CARNEIRO NASCIMENTO
CREFITO - 151223



Paciente: 00491407 JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: BLOCO I, ENF L1-1
Serviço: CLINICA GERAL

Avaliação Inicial

Movimentos: Voluntários Involuntários Afasia
ADM: Aumentada Diminuída Norma
Marcha: Com auxílio Sem auxílio Ausente
Reflexos: Presentes Ausentes Diminuído
Tônus Muscular: Normal Diminuído Aumentado
Dor: Aos movimentos Em repouso Ausente Não responde
Déficit Motor: Paralisia Paresia Ausente Diminuído
Pele: Normal Ulceração Palidez Vermelhidão

Conduta Fisioterapêutica

Cinesioterapia: Ativa Passiva Isométrica Restrita Com acessórios
Eletroterapia: US TENS FES
Crioteparia: Sim Não
Deambulação: Sim Não
Outros: Sim Não

Observação:

Cod: 2.01.03.52-2

Evolução

Pct em PO(31/01) de Osteossíntese de Joelho "E" com 4 placas, por fratura de plato tibial Schatzker V, devido acidente motociclistico em 27/01. Evoluiu apresentando sinais flogísticos na FO, sem febre(SIC). HPP: Nega. Apresenta edema de MIE(2+/4+). Limitação da ADM de Tornozelo. Leve dor à mobilização de joelho.

Alison C Nascimento
Fisioterapeuta
1123-F



Paciente: 00491407 JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: UI ISSES SILVA PEPEIRA

Convênio: UNIMED
Leito: BLOCO I, ENF L1-1
Serviço: CLINICA GERAL

Avaliação Inicial

- Movimentos: Voluntários Involuntários Afasia
- ADM: Aumentada Diminuída Normal
- Marcia: Com auxílio Sem auxílio Ausente
- Reflexos: Presentes Ausentes Diminuído
- Tônus Muscular: Normal Diminuído Aumentado
- Dor: Aos movimentos Em repouso Ausente Não responde
- Deficit Motor: Paralisia Paresia Ausente Diminuído
- Pele: Normal Ulceração Pálido Vermelhidão

Conduta Fisioterapêutica


- Cinesioterapia: Ativa Passiva Isométrica Restrita Com acessórios
- Eleioterapia: US TENS FES
- Crioterapia: Sim Não
- Desambulação: Sim Não
- Outros: Sim Não

Observação:

Cod: 2.61.03.52-2

Evolução

Pci em PO(31/01) de Osteossíntese de Joelho "E" com 4 placas, por fratura de plato tibial Schatzker V, devido acidente motociclistico em 27/01. Evoluiu apresentando sinais flogísticos na FO, sem febre(SIC) HPP: Nega. Apresenta edema de MIE(2+/4+). Limitação da ADM de Tornozelo. Lave dor à mobilização de joelho.


Alison C. Nascimento
Fisioterapeuta
CREFITO - 151223-F



Paciente: 00491407 JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: , BLOCO I, ENF L1-1
Serviço: CLINICA GERAL

Avaliação Inicial

- Movimentos: Voluntários Involuntários Afasia
- ADM: Aumentada Diminuída Norma
- Marcha: Com auxílio Sem auxílio Ausente
- Reflexos: Presentes Ausentes Diminuído
- Tônus Muscular: Normal Diminuído Aumentado
- Dor: Aos movimentos Em repouso Ausente Não responde
- Déficit Motor: Paralisia Paresia Ausente Diminuído
- Pele: Normal Ulceração Palidez Vermelhidão

Conduta Fisioterapêutica

- Cinesioterapia: Ativa Passiva Isométrica Restrita Com acessórios
- Eletroterapia: US TENS FES
- Crioterapia: Sim Não
- Deambulação: Sim Não
- Outros: Sim Não

Observação:

Cod: 2.01.03.52-2

Evolução

Pct em PO(31/01) de Osteossíntese de Joelho "E" com 4 placas, por fratura de plato tibial Schatzker V, devido acidente motociclistico em 27/01. Evoluiu apresentando sinais flogísticos na FO, sem febre(SIC). HPP: Nega. Apresenta edema de MIE(2+/4+). Limitação da ADM de Tornozelo. Leve dor à mobilização de joelho.

Alison C. Nascimento
Fisioterapeuta
CREFITO 51223-F

ALISON CARNEIRO NASCIMENTO
CREFITO - 151223



Paciente: 00491407 JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: BLOCO I, ENF L1-1
Serviço: CLINICA GERAL

Avaliação Inicial

Movimentos: Voluntários Involuntários Afasia
ADM: Aumentada Diminuída Norma
Marcha: Com auxilio Sem auxilio Ausente
Reflexos: Presentes Ausentes Diminuido
Tônus Muscular: Normal Diminuido Aumentado
Dor: Aos movimentos Em repouso Ausente Não responde
Déficit Motor: Paralisia Paresia Ausente Diminuido
Pele: Normal Ulceração Palidez Vermelhidão

Conduta Fisioterapêutica

Cinesioterapia: Ativa Passiva Isométrica Restrita Com acessórios
Eletroterapia: US TENS FES
Crioterapia: Sim Não
Deambulação: Sim Não
Outros: Sim Não

Observação:

Cod: 2.01.03.52-2

Evolução

Pct em PO(31/01) de Osteossíntese de Joelho "E" com 4 placas, por fratura de plato tibial Schatzker V, devido acidente motociclistico em 27/01. Evoluiu apresentando sinais flogísticos na FO, sem febre(SIC). HPP: Nega. Apresenta edema de MIE(2+/4+). Limitação da ADM de Torrózelo. Leve dor à mobilização de joelho.

Alison C. Nascimento
Fisioterapeuta
CREM 151223-F

ALISON CARNEIRO NASCIMENTO
CREFITO - 151223



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia Centro de Imagem - HMSVP

Atendimento: 3818017

491407 - JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Pedido...: 945775

Idade.....: 38a 1m 9d

Paciente.....:

Solicitante....: ULISSES SILVA PEREIRA

Atendido.: 04/02/2020

Convênio.....: UNIMED

Laudado..: 04/02/2020

Bloco.....: BLOCO I - CLIN CIRURGICA

RX DO JOELHO ESQUERDO

ACHADOS:

Controle de fratura cominutiva de tibia proximal, fixada por material de osteossíntese.

Dr. Esau Sartana
Médico Radiologista
CRM - 12345

B2 I

PRESCRIÇÃO.: 1375234
SETOR SOLIC: BLOCO I - CLIN CIRURGICA
ATENDIMENTO: 3818017
PACIENTE...: 491407 - JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA NASC: 09/01/1982 38A OM 26D
ORIGEM ATD.: UNIMED
CONVÊNIO...: UNIMED
PRESTADOR...: 11917 ULISSES SILVA PEREIRA
ACOMODÇÃO.: ENF L7
UNID INTERN: BLOCO I
CID.....: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
DATA PRESCRIÇÃO: 04/02/2020 18:30
NR CARTEIRA: 0630020057031886
VALIDADE:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
SERVIÇO: CLINICA GERAL
LEITO: ENF L7-1
USUÁRIO: UPEREIRA
Para: 51 SETOR DE RAIO X - C.IMAGEM

João Luis Coelho Queiroz
Rég. Prof. 11917

mes	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
JOELHO	1	*945775*	04/02/2020		*1046850*	32040067
VERDO		945775	18:30		1046850	
:					AT	
IL						

Controle de dor há 5 dias

~~167 00476
Dr. Ulisses Silva
Cirurgião de O
CREMEC: 11917~~

ULISSES SILVA PEREIRA
CRM : 11917

*Controle de dor há 5 dias
le não ocasionar
sem medicação de
comentário
direto
essencial*



7-1

PRESCRIÇÃO.: 1375234 DATA: 04/02/2020 18:30
 USUÁRIO....: UPEREIRA
 ATENDIMENTO: 3818017 DT NASC: 09/01/1982 (38A OM 26D)
 CONVÊNIO...: UNIMED
 PACIENTE...: 491407 - JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 04/02/2020 18:07 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ULISSES SILVA PEREIRA SERVIÇO: CLINICA GERAL
 UNID. INT...: BLOCO I LEITO..: ENF L7-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
 CID.....: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA CICLO...: /
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO...:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3818017

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA LIVRE					Livre	[04/02]	18:30
 Medicamentos							
2 C.C. (D1/7) DIPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA -> AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML AMPOLA	1	AMP C/2ML		IV	6hs/6hs	[05/02]	00:00 (12)
3 C.C. (D1/7) CETOPROFENO 100MG PO LIOF.FRASCO AMPOLA Obs.: SE DOR -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% SISTEMA FECHADO AMP C/100ML	1	FA C/100MG	S	IV	12hs/12hs		
4 C.C. (D1/7) TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML (TRAMADON) Obs.: CORRER LENTO -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% SISTEMA FECHADO AMP C/100ML	1	AMPOLA		IV	8hs/8hs	[05/02]	00:00
5 C.C. (D1/7) PLAMET SOL. INJ. AMP C/2ML -> AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML AMPOLA	1	AMP C/2ML		IV	8hs/8hs	[05/02]	00:00
6 (D1/7) CODEINA FOSFATO 30MG COMPRIMIDO Obs.: SE DOR FORTE	1	COMP C/30M	S	VO	6hs/6hs		
7 (D1/7) SORO FISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO FR 500ML	1	FRASC C/500		IV	6hs/6hs	[05/02]	00:00
8 (D1/7) OMEPRAZOL 20MG CAPSULA* Obs.: JEJUM	1	CAPS C/20M		VO	Manha	[04/02]	18:30
9 (D1/7) CLEXANE 40MG SERINGA - ENOXAPARINA 40MG/ML 0,4ML	1	UNIDADE		SC	1 x ao dia	[04/02]	18:30
10 (D1/7) VANCOMICINA CLORIDRATO PO LIOFILIZADO 500MG Justificativa.: INFECCAO FO Obs.: DILUIR EM 250ML DE SFO, 9%, CORRER EM UMA HORA	2	FRASCO AMF		IV	12hs/12hs	[04/02]	20

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA
OLIVEIRA

Atendimento: 03818017

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED

Leito: , BLOCO I, ENF
L7-1

Serviço: CLINICA GERAL

Evolução Médica

FRATURA PLANALTO TIBIA ESQ SK5
4 DPO OSTEOSSINTESE FRATURA JOELHO ESQ

PCT NO 4 DPO DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUEDO,
VOLUI COM HIPEREMIA + DRENAGEM DE SECREÇÃO SERO HEMÁTICA, COM
RUBOR E CALOR LOCAL, COM EQUIMOSE CENTRAL ENTRE AS 2 INCISÕES,
PORÉM SEM NECROSE.

PCT RELATA TB CONTIPAÇÃO À 15 DIAS, FLATOS E RHA PRESENTES. NEGA FEBRE
NO MOMENTO

HD: INFECÇÃO FO?
CONTIPAÇÃO

CD: SOLICITO LABORATORIO (HM, UR, CR, PCR, VHS, TAP, TTPA
SOLICITO EXAME DE IMAGEM (RX JOELHO ESQ AP/P)
INICIO VANCOMICINA 1G 12/12H

Ulisses Silva Pereira
CRM - 11917
Cirurgião do Aparelho
Ortopédico

ULISSES SILVA PEREIRA
CRM - 11917



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: , BLOCO I, ENF L7-1
Serviço: CLINICA GERAL

Anotações de Enfermagem

04/02/20

18:40HRS,CLIENTE ADMITIDO NESTE SETOR , TTO CLINICO,PROVENIENTE DA TRAUMATOLOGIA,CHEGA EM CADEIRA DE RODAS,ACOMPANHADA POR FAMILIARES E UM FUNCIONÁRIO DO SETOR DE ORIGEM,TIBIA "E" ENFAIXADA,AFERIDO SSVV,AGUARDA RX DE JOELHO "E",SEGUE SOB CUIDADOS.PA=140/100MMHG
T=36.7°C

20HRS,PUNCIONADO AVP COM JELCO N°20,COLHIDO EXAMES LABORATORIAIS,INSTALADO VENÓCLISE,REALIZADO LAVAGEM RETAL C.P.M,COM RETORNO IMEDIATO.

21HRS,RENOVADO CURATIVO,F.O'S INTEGRAS,COM PRESENÇA DE HIPEREMIA LOCAL+SECREÇÃO AMARELADA E SANGUINOLENTA,USADO 03 PACOTES DE GAZES,01 SF 100 ML,01 PAR DE LUVAS DE PROCEDIMENTO,01 ATADURA DE 15 CM,10 CM DE ESPARADRAPO.

05/02/20

05HRS,DORMIU BEM,SEM QUEIXAS.

Getuliana Peixoto GETULIANA PEIXOTO COREN 852419



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA
OLIVEIRA

Atendimento: 03818017

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED

Leito: , BLOCO I, ENF
L7-1

Serviço: CLINICA GERAL

Evolução Médica

EVOLUÇÃO ORTOPEDIA - 05/02/2020

HD: 1. Fratura de Platô Tibial Esq SK5
2. 5 DPO Osteossíntese fratura joelho esquerdo
3. Infecção de FO

HDA: Paciente no 4º DPO de osteossíntese de fratura do platô tibial esquerdo, evolui com hiperemia e drenagem de secreção sero hemática, associado a rubor e calor local com equimose central entre as 2 incisões, porém sem necrose. Paciente relata também constipação há 15 dias, flatos e RHA presentes. Nega febre no momento.

Evolução: Paciente evolui clinicamente estável, respirando ar ambiente, aceitando bem dieta via oral, diurese e evacuação presente, deambula com auxílio de muletas. Evolui sem queixas.

Exame físico: EGBom, consciente, orientado, AAA, normocorado, hidratado

AR: MV + AHT SRA | ACV: BCNF RR 2T

ABD: Flácido, indolor, RHA +

EXT: MIE edemaciado, rubor, sem calor local. PPP amplos, simétricos.

CD: 1. Mantenho antibioticoterapia;
2. Mantenho assistência clínica cirúrgica.

Dr. Rainerio Szejtlich
RSCC 123456789
CRM 000000

ALUNO ACADEMICO
CRM 000000



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: , BLOCO I, ENF LI-1
Serviço: CLINICA GERAL

Anotações de Enfermagem

05/02/2020

20h- cliente evolui em tratamento clinico de pot. de ret. de fixador, mantem curativo em MIE o mesmo permanece limpo ate o momento, sem queixas de algias ou nauseas, mantem venoclise por AVP, em uso de antib, sob cuidados.
pa= 120x80mmhg t= 36.5°c

06/02/2020

05h- dormiu bem,sem maiores queixas no periodo.

maria barbosa - maria barbosa. coren,698140.



Paciente: 00491407.JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: , BLOCO I, ENF L1-1
Serviço: CLINICA GERAL

Anotações de Enfermagem

06-02-2020

07:00 PACIENTE CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, ESEM QUEIXAS NO MOMENTO, EM USO DE CURATIVO NO M.I.E ACESSO PERIFERICO MÉDICADO C.P.MÉDICA SEGUE SOB CUIDADOS.

PA = 120X80MMHG

TAX=36.4°C

10:00 APÓS BANHO TROCADO CURATIVO F.O COM SECREÇÃO AMARELADA, MANTENDO COBERTA, MATERIAL USADO.

04 PACOTE DE GASES

01 SORO FISIOLÓGICO DE 100ML

01 TRASOFIX

01 PAR DE LUVAS DE PROCEDIMENTO

01 ATADURA DE 20CM

20CM DE ESPARADRAPO COMUM

14:00 PACIENTE CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS, EM USO DE ACESSO PERIFERICO, MÉDICADO C.P.MÉDICA

PA=120X80MMHG

TAX=36.8°C

14:48 EQUIPE DA FARMACIA AFIRMA QUE IMPRESSÃO DO PEDIDO DO ACESSO PERIFERICO QUE FOI FEITO PELA MANHÃ NÃO CAIU NA FARMACIA, POR ASSÉ MOTIVO FEITO NOVO PEDIDO.

SOLICITAÇÃO DE Nº=2655286

15:30 PACIENTE APRESENTA ACESSO PERIFERICO ENFILTRADO COM EDEMA PRESENTE FOI RENOVADO JELCO DE Nº =20 UMA TENTATIVA

MATERIAL USADO

01 JELCO DE Nº =20

01 CURATIVO IV FIX

01 EXTENSOR DUPLA VIA

01 PAR DE LUVAS DE PROCEDIMENTO

02 BOLAS DE ALGODÃO

05ML DE ALCOOL 70%

MARIA ADRIANA VIEIRA COREN --7527

Maria Adriana Vieira



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: , BLOCO I, ENF LI-1
Serviço: CLINICA GERAL

Anotações de Enfermagem

06/02/2020

20:00H- CLIENTE SEGUE EM TRATAMENTO CLINICO, MANTEM MIE (TÍBIA) ENFAIXADA, VENOCLEASE E ANTIBIOTICOTERAPIA POR AVP, NEGA QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS.

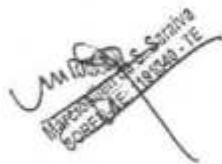
PA=110X70MMHG T=36.4°C

23:30H- PERDEU AVP POR EDEMA E INFILTRAÇÃO, REPUNÇIONADO UM NOVO, ANGOCATH NÚMERO 20, TENTATIVA ÚNICA.

07/02/2020

05:00H- SEM INTERCORRENCIAS, AOS CUIDADOS.

MÁRCIOALLEN DA SILVA SARAIVA COREN 1191340


Márcio Allen da Silva Saraiva
COREN 1191340 - TE



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA
OLIVEIRA

Atendimento: 03818017

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Convênio: UNIMED

Leito: , BLOCO I, ENF
LI-1

Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Serviço: CLINICA GERAL

Evolução Médica

EVOLUÇÃO ORTOPEDIA - 06/02/2020

HD: 1. Fratura de Platô Tibial Esq SK5
2. 7 DPO Osteossíntese fratura joelho esquerdo
3. Infecção de FO

Em uso: Vancomicina D4/7

HDA: Paciente no 4º DPO de osteossíntese de fratura do platô tibial esquerdo, evolui com hiperemia e drenagem de secreção sero hemática, associado a rubor e calor local com equimose central entre as 2 incisões, porém sem necrose. Paciente relata também constipação há 15 dias, flatos e RHA presentes. Nega febre no momento.

Evolução: Paciente evolui clinicamente estável, respirando ar ambiente, aceitando bem dieta via oral, diurese e evacuação presente, deambula com auxílio de muletas. Evolui sem queixas.

Exame físico: EGBom, consciente, orientado, AAA, normocorado, hidratado

AR: MV + AHT SRA | ACV: BCNF RR 2T

ABD: Flácido, indolor, RHA +

EXT: MIE edemaciado, rubor, sem calor local. PPP amplos, simétricos.

CD: 1. Mantenho antibioticoterapia;
2. Mantenho assistência clínica cirurgica.

Dr. Washington L. M. Fechine
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM: 6609

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: , BLOCO I, ENF L1-1
Serviço: CLINICA GERAL

Anotações de Enfermagem

07/02/2020

20h- cliente continua em tratamento clinico de pot. de ret. de fixador em MIE, mantem curativo no mesmo, sem queixas de algias no periodo, mantem venoclise por AVP, sendo medicado cpm, segue sob cuidados.

pa= 120x70mmhg t= 36.6°c

08/02/2020

05h- dormiu bem, segue sem maiores queixas no periodo.

maria barbosa.....maria barbosa. coren,698140.



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA
OLIVEIRA

Atendimento: 03818017

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED

Leito: , BLOCO I, ENF
L1-1

Serviço: CLINICA GERAL

Evolução Médica

EVOLUÇÃO ORTOPEDIA - 08/02/2020

HD: 1. Fratura de Platô Tibial Esq SK5
2. 8 DPO Osteossíntese fratura joelho esquerdo
3. Infecção de FO

Em uso: Vancomicina D5/7

HDA: Paciente no 4º DPO de osteossíntese de fratura do platô tibial esquerdo, evolui com hiperemia e drenagem de secreção sero hemática, associado a rubor e calor local com equimose central entre as 2 incisões, porém sem necrose. Paciente relata também constipação há 15 dias, flatos e RHA presentes. Nega febre no momento.

Evolução: Paciente evolui clinicamente estável, respirando ar ambiente, aceitando bem dieta via oral, diurese e evacuação presente, deambula com auxílio de muletas. Evolui sem queixas.

Exame físico: FGBom, consciente, orientado, AAA, normocorado, hidratado

AR: MV + AHT SRA | ACV: BCNF RR 2T

ABD: Flácido, indolor, RHA +

EXT: MIE edemaciado, rubor, sem calor local. PPP amplos, simétricos.

CD: 1. Mantenho antibioticoterapia;

2. Mantenho assistência clínica cirurgica.

Dr. Frederico Couto Brito

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA DO JOELHO

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA
OLIVEIRA

Atendimento: 03818017

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED

Leito: , BLOCO I, ENF
L1-1

Serviço: CLINICA GERAL

Evolução Médica

EVOLUÇÃO ORTOPEDIA - 10/02/2020

HD: 1. Fratura de Platô Tibial Esq SK5
2. 10 DPO Osteossíntese fratura joelho esquerdo
3. Infecção de FO

Em uso: Vancomicina D7/7

HDA: Paciente no 4º DPO de osteossíntese de fratura do platô tibial esquerdo, evolui com hiperemia e drenagem de secreção sero hemática, associado a rubor e calor local com equimose central entre as 2 incisões, porém sem necrose. Paciente relata também constipação há 15 dias, flatos e RHA presentes. Nega febre no momento.

Evolução: Paciente evolui clinicamente estável, respirando ar ambiente, aceitando bem dieta via oral, diurese presente, constipado, deambula com auxílio de muletas. Evolui sem queixas.

Exame físico: EGBom, consciente, orientado, AAA, normocorado, hidratado

AR: MV + AHT SRA | ACV: BCNF RR 2T

ABD: Flácido, indolor, RHA +

EXT: MIE edemaciado, rubor, sem calor local. PPP amplos, simétricos.

CD: 1. Mantenho antibioticoterapia;
2. Mantenho assistência clínica cirurgica.

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: , BLOCO 1, ENF LI-1
Serviço: CLINICA GERAL

Anotações de Enfermagem

10-02-2020

08:00 PACIENTE EM TRATAMNETO CLINICO
CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, EM USO DE
CURATIVO NA TIBIA ESQUERDA, EM VENÓCLISE POR ACESSO PERIFERICO
MÉDICADO EM HORARIO C.P.MÉDICA SEGUE SOB CUIDADOS.

PA = 120X80MMHG

TAX= 36.3°C

11:00 APÓS BANHO RENOVADO CURATIVO F.O COM BOM ASPECTO, E POUCA
SECREÇÃO AMARELADA, MANTENDO COBERTA.

MATERIAL USADO

04 PACOTE DE GASES

01 SORO FISIOLÓGICO DE 100ML

01 TRANSOFIX

40 CM DE ESPARADRAPO MICROPORE

01 PAR DE LUVAS DE PROCEDIMENTO

14:00 PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS

PA = 120X80MMHG

TAX= 36.4°C

MARIA ADRIANA VEIRA COREN --752708



Paciente: 00491407JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Atendimento: 03818017
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: ULISSES SILVA PEREIRA

Convênio: UNIMED
Leito: , BLOCO I, ENF L1-1
Serviço: CLINICA GERAL

Anotações de Enfermagem

10/02/2020

20:00H- CLIENTE SEGUE EM TRATAMENTO CLINICO, MANTEM MIE (TÍBIA) COM CURATIVO LOCAL, VENOCLISE E ANTIBIOTICOTERAPIA POR AVP, NEGA QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS.

PA=120X80MMHG T=36.4°C

11/02/2020

05:00H- SEM INTERCORRENCIAS, AOS CUIDADOS.

MÁRCIO ALLEN DA SILVA SARAIVA COREN 1191340


Márcio Allen da Silva Saraiva
COREN-CE 1191340 - TE

Atendimento: 3818017

Dt Atendimento: 04/02/2020 - 18:07

Dt Alta: 11/02/2020 - 09:55

Paciente: 491407 JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Serviço: 23 CLINICA GERAL

Convênio: 8 UNIMED

Leito: 83 ENF L1-1

Plano: 1 UNIMED

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: FMBARBOSA

CID: S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Procedimento de Alta 00020010 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNAÇÃO)

Observação de Alta

- HD: 1. FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQ SK5
2. 11 DPO OSTEOSSÍNTESE FRATURA JOELHO ESQUERDO
3. INFECÇÃO DE FO

EM USO: VANCOMICINA D7/7

HDA: PACIENTE NO 4º DPO DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, EVOLUI COM HIPEREMIA E DRENAGEM DE SCREÇÃO SERO HEMÁTICA, ASSOCIADO A RUBOR E CALOR LOCAL COM EQUIMOSE CENTRAL ENTRE AS 2 INCISÕES, PORÉM SEM NECROSE. PACIENTE RELATA TAMBÉM CONSTIPAÇÃO HÁ 15 DIAS, FLATOS E RHA PRESENTES. NEGA FEBRE NO MOMENTO.

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, RESPIRANDO AR AMBIENTE, ACEITANDO BEM DIETA VIA ORAL, DIURESE PRESENTE, CONSTIPADO, DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS. EVOLUI SEM QUEIXAS.

EXAME FÍSICO: EGBOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, AAA, NORMOCORADO, HIDRATADO

Ar: MV + AHT SRA | ACV: BCNF RR 2T

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, RHA +

EXT: MIE EDEMACIADO, RUBOR, SEM CALOR LOCAL. PPP AMPLOS, SIMÉTRICOS.

CD: 1. ALTA MÉDICA HOSPITALAR


Dr.(a) ULISSES SILVA PÉREIRA

CRM: 11917

x Romana Braz Matos da Silva.



HOSPITAL UNIMED CARIRI

Atendimento:1008

Data/Hora: 31/01/2020 17:40:45

Paciente: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Convênio:UNIMED DO CARIRI - SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

Carteira:00630020057031886

Médico:THIAGO CALDAS LEAL\10498

RECEITUARIO AMBULATORIAL

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE FOI SUBMETIDO À OSTEOSINTESE DE GRAVE FRATURA EM PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, NECESSITANDO AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 180 DIAS.

CID: S82

THIAGO CALDAS LEAL CRM 10498

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM: 10498 - RBO: 15030



São José Imagem LTDA

Rua São José nº 805 - Fone/Fax: (88)3566-1933 - 3512-0493

CNPJ: 05.631.610/0001-07 - Juazeiro do Norte - CE

"A Imagem Contribuindo para sua Saúde."

Tomografia Computadorizada

NOME:	JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA	CÓD.PAC.:	50684
MÉDICO SOL.:	THIAGO LEAL	DATA:	30/01/2020
EXAME:	TC JOELHO	RG / CPF	99.029.328.151

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento tomográfico com aquisição axial, sem a infusão venosa de meio de contraste.

ACHADOS:

Fraturas cominutivas envolvendo os platô tibial medial e lateral, com extensões articulares associadas.

Envolvimento com fratura das enteses dos ligamentos patelar e cruzado anterior.

Acentuado derrame articular.

Acentuado edema difuso de partes moles.

Área de entesopatia calcárea do tendão quadricipital.

Ausência de lesões ósseas focais.

Planos adiposos e musculares preservados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

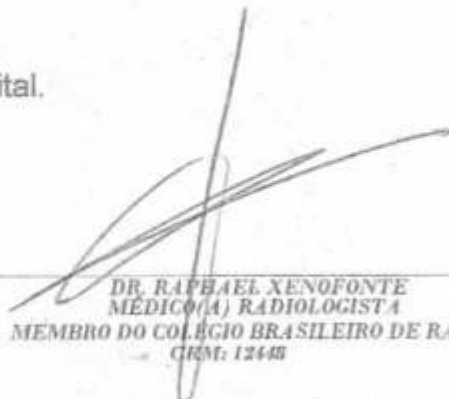
Fratura Schatzker V - Classificação AO 41-C1, 41-C2, 41-C3.

Envolvimento com fratura das enteses dos ligamentos patelar e cruzado anterior.

Acentuado derrame articular.

Acentuado edema difuso de partes moles.

Área de entesopatia calcárea do tendão quadricipital.


DR. RAPHAEL XENOFONTE
MÉDICO(A) RADIOLOGISTA
MEMBRO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA
CRM: 12448



São José Imagem LTDA

Rua São José nº 805 - Fone/Fax:(88)3566-1933 - 3512-0493

CNPJ:05.631.610/0001-07 - Juazeiro do Norte - CE

"A Imagem Contribuindo para sua Saúde."

Radiologia Geral

NOME: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

CÓD.PAC.: 50684

MÉDICO SOL: THIAGO LEAL

DATA: 31/01/2020

EXAME: RX JOELHO (AP+Perfil)

RG / CPF 99.029.328.151

ACHADOS:

Partes moles com densidade aumentada, inferindo edema.

Fratura metaepifisária proximal da tibia fixada por placas e parafusos metálicos, exibindo bom alinhamento entre os fragmentos.

RADI DR. EDNALDO DA SILVA JUNIOR

MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM: 17400

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

DOC. EMITIDO / DATA DE EMISSÃO
9902321151 SEP CE



CPF 529.906.903-44 DATA NASCIMENTO 09/01/1982

Nome
JOAO ANSELMO DE OLIVEIRA
FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA

PROFISSÃO: [] AUT. [] CATEG. []

VF EXPIRE 03/07/2020 DT. EMISSÃO 20/12/2003

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1084977933

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

JOAO Batista da Silva OLIVEIRA

PROFISSÃO PLASTIFICAR
1084977933

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA TITULO 06/07/2015

João Batista da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

18087448166
CE148325157

DETRAN (CE) (CEBRA)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Maria Regina Ferrreira de Alencar

POLÍGRAFO



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO Nº 5/7/2001

RAIMUNDO MOREIRA DE ALENCAR E MARIA IVONETE FERREIRA ALENCAR

NASC. 20/1/1989

JUAZEIRO DO NORTE-CE

143 JUAZEIRO DO NORTE-CE

DATA DE NASCIMENTO



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
042.221.363-28

Nome
MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Nascimento
20/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Declaramos para os devidos fins
que João Batista da Silva Oliveira
realizará 30 sessões de fisioterapia,
desde fevereiro, devido a uma
osteossíntese de platô tibial esquerdo,
o mesmo necessita dar continuidade
ao tratamento, pois apresenta limitações.

Hortência Peixoto
Hortência Peixoto
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 215631,

20
/A
2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158068 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).ALTA MÉDICA.(PAG.01.02.05.10.12.54)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: JOÃO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 99029328151 CPF: 929.906.903-44
Endereço: AV. PEDRO CRUZ SAMPAIO 345 Bairro: JUVENIL SANTANA
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE-CE CEP: 63016-165
Data do Acidente: 27/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Maria Regilania Ferreira Alencar
Nacionalidade: Juazeiro do Norte Estado Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 2001029048787 CPF: 042.221.363-28
Endereço: Rua João Zacarias Amorim nº 56 Bairro: Limoeiro
Cidade: Juazeiro do Norte - CE CEP: 63.030-085

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, JOÃO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Juazeiro do Norte, 17 de março de 2020.

João Batista da Silva Oliveira
Assinatura



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123021/20

Número do Sinistro: 3200158068

Vítima: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 929.906.903-44

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 27/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 06/05/2020
Nome: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 929.906.903-44

JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2020
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158068 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO SCHATZKER V.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.(PAG.01.02.05.10.12.54)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123021/20

Vítima: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 929.906.903-44

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 27/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

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 REGILANIA FERREIRA ALENCAR : 042.221.363-28

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

JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA : 929.906.903-44

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: 27/04/2020
Nome: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 929.906.903-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

ANDERSSON COSTA SILVA

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158068

Vítima: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158068

Vítima: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158068

Vítima: JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000032**

Conta: **00000303231-7**

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: 929.906.903-44 4 - Nome completo da vítima: JOÃO BATISTA DOSILVA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: JOÃO BATISTA DOSILVA OLIVEIRA 6 - CPF: 929.906.903-44
 7 - Profissão: RECURSA-ME 8 - Endereço: RUA: PEDRO CRUZ SAMPAIO 9 - Número: 345 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: JUVENIL SANTANA 12 - Cidade: JUazeIRO DO NORTE 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63016-165
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (88) 99909-1667

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:

RECLUSO 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 abertos. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0032 CONTA: 303231 7 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 nascituro (nascituros)? 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: JUazeIRO DO NORTE - CE 30/03/2020

João Batista dosilva oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Regalania Fernandes Alencar
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 3218 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/03/2020 08:18:09**
Data / Hora da Ocorrência: **27/01/2020 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PLÁCIDO ADERALDO CASTELO, LAGOA SECA - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO À CENTRAL DA PICANHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA**
Nascimento: **09/01/1982** CPF:
RG: **99029328151** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA**
JOAO ANGELICO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA PEDRO CRUZ SAMPAIO, 345**
Bairro: **JUVENCIO SANTANA**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9695-4672**

Histórico

Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima narrados, veio a cair de tal veículo em razão de uma manobra imprudente de outra Motocicleta, causando-lhe, em razão da queda, fraturas na perna esquerda; Uma equipe do SAMU socorreu-o, inicialmente para o Hospital Regional do Cariri, em seguida submeteu-se a uma cirurgia na Hosdital da Unimed, ambos em Juazeiro do Norte/CE, e por fim, recebeu tratamento médico no Hospital São Vicente, na vizinha cidade de Barbalha/CE. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniilo T. de Medeiros
DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Batista da Silva Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

Francisca Suerda Bezerra Ulisses
FRANCISCA SUERDA BEZERRA ULISSES - MAT.: 198424-1-X



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 3218 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/03/2020 08:18:09**
Data / Hora da Ocorrência: **27/01/2020 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PLÁCIDO ADERALDO CASTELO, LAGOA SECA - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO À CENTRAL DA PICANHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO BATISTA DA SILVA OLIVEIRA**
Nascimento: **09/01/1982** CPF:
RG: **99029328151** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA**
JOAO ANGELICO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA PEDRO CRUZ SAMPAIO, 345**
Bairro: **JUVENCIO SANTANA**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9695-4672**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSI3041** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC1670DR429050** Renavam: **524714436** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **ROMANA BRAZ MATOS DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima narrados, veio a cair de tal veículo em razão de uma manobra imprudente de outra Motocicleta, causando-lhe, em razão da queda, fraturas na perna esquerda; Uma equipe do SAMU socorreu-o, inicialmente para o Hospital Regional do Cariri, em seguida submeteu-se a uma cirurgia na Hosdital da Unimed, ambos em Juazeiro do Norte/CE, e por fim, recebeu tratamento médico no Hospital São Vicente, na vizinha cidade de Barbalha/CE. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCA SUERDA BEZERRA ULISSES - MAT.: 198424-1-X

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: 929.906.903-44 4 - Nome completo da vítima: JOÃO BATISTA DOSILVA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: JOÃO BATISTA DO SILVA OLIVEIRA 6 - CPF: 929.906.903-44
 7 - Profissão: RECURSA-ME 8 - Endereço: RUA: PEDRO CRUZ SAMPAIO 9 - Número: 345 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: JUVENIL SANTANA 12 - Cidade: JUazeIRO DO NORTE 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63016-165
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (88) 99909-1667

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:

RECLUSO 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 abertos. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0032 CONTA: 303231 7 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 nascituro (nascituros)? 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: JUazeIRO DO NORTE - CE 30/03/2020

João Batista do Silva Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Regina Ferreira Alencar
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)