



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

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

Dados Básicos

Foro: Barbalha
Processo: 02002480520238060043
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 23/03/2023 10:32:44

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2881323_CONTESTACAO_0
1 - 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2881323_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-20.pdf
Documentação: 2881323_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 21-45.pdf
Documentação: 2881323_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 46-48.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.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210216234

Vítima: MURILO JOAO DE SOUZA

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MURILO JOAO DE SOUZA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **MURILO JOAO DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001957**

Conta: **0000060413-3**

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



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: **835.678.363-15** 4 - Nome completo da vítima: **Murilo João de Souza**

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

5 - Nome completo: **Murilo João de Souza** 6 - CPF: **835.678.363-15**
 7 - Profissão: **motorista** 8 - Endereço: **Sítio baixo dos cordas** 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: **Barro vermelho** 12 - Cidade: **Barbalha** 13 - Estado: **Ce** 14 - CEP: **63180-000**
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **88-98106-4252**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: **1957** CONTA: **00060413** 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Barbalha - Ce 01/09/2021**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Murilo João de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1457 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/08/2021 14:36:04**
Data / Hora da Ocorrência: **22/05/2020 20:11:51**
Endereço da Ocorrência: **ESTR BAIXIO DOS CORDAS, MATA DOS LIMA - BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **IBK**

Noticiante(s)

Nome: **MURILO JOÃO DE SOUZA**
Nascimento: **25/07/1980** CPF: **835.678.363-15**
RG: **96029160116** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **MARIA IZAURA DE SOUZA**
JOÃO ALEXANDRINO DE SOUZA
Endereço: **SITIO BAIXIO DOS CORDAS**
Bairro: CEP:
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:
Email:

Histórico

Advertido das penalidades de falso testemunho e denúncia caluniosa de crime, o noticiante acima qualificado informa que: Sofreu um acidente de moto no dia, hora e local informados anteriormente. Que é devidamente habilitado para conduzir o veículo o qual dirige. Que estava conduzindo a moto de placa HXA-2511, sozinho. O veículo está licenciado e registrado no nome de WADERSON DA SILVA SOUZA. Quanto ao acidente, o noticiante relata que conduzia seu veículo em velocidade compatível com a pista quando foi surpreendido por um carro que atravessou no sentido transversal sem se atentar quem vinha na pista, dessa forma ele ao tentar desviar da batida, derrapou e bateu no meio fio. Que de imediato caiu no chão com a moto por cima da perna, ficando esta imprensada no meio fio. Que do acidente veio a fraturar o tornozelo direito. Que posteriormente foi socorrido pelo SAMU para o Hospital São Vicente de Paula, no município de Barbalha-CE. Que como testemunhas podem ser citadas: Wanderson da Silva Souza, RG 2007538115-4, CPF 048.410.543-40, residente no Sítio Baixio dos Cordas, Barbalha e Ilwanderson da Silva Souza, RG 20083803020, CPF 059.088.513-88, residente no Sítio Baxio dos Cordas, Barbalha. Que nunca requereu seguro DPVAT, conforme documento apresentado. Que foi expedido Guia pela autoridade policial. Que registrou a ocorrência para fins de DPVAT.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 04/08/2021 14:53:22

Impresso em: 04/08/2021 14:53:22



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1457 / 2021

GEORGE FEITOSA GONÇALVES - MAT.: 404792-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Juliano Marcula de Almeida Lima

VISTO DO(A) DELEGADO(A): JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

J.F.S.

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: **835.678.363-15** 4 - Nome completo da vítima: **Murilo João de Souza**

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

5 - Nome completo: **Murilo João de Souza** 6 - CPF: **835.678.363-15**
7 - Profissão: **motorista** 8 - Endereço: **Sítio baixo dos cordas** 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **Barro vermelho** 12 - Cidade: **Barbalha** 13 - Estado: **Ce** 14 - CEP: **63180-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **88-98106-4252**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itáú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Barbalha - Ce 01/09/2021**

Murilo João de Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

13/09/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321021623401

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MURILO JOAO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01957

CONTA: 000000060413

Número da Autenticação


F0B6E4F0DDD01EFD



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

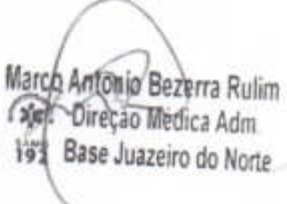


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao Sr. **MURILO JOÃO DE SOUZA**, portador do RG n.º 96029160116, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 835.678.363-15, dia 22/05/2020, às 19h00, Município de Barbalha-CE, na entrada do Barro Vermelho, zona rural, próximo a IBK, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para **HSVP – Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 26 de outubro de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Marco Antonio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm
192 Base Juazeiro do Norte



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

RADIOLOGIA - HMSVP

Atendimento: 3884292
Paciente.....: 55372 - MURILO JOAO DE SOUZA
Solicitante.....: FREDERICO DE MENEZES F. COUTO BEM
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICIO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido.....: 958569
Idade.....: 39a 10m 2d
Atendido.....: 23/05/2020
Laudo.....: 23/05/2020

RX DO TORNOZELO DIREITO

ACHADOS:

Partes moles sem alterações radiológicas.

Fratura na fibula distal.

Interlinhas superfícies articulares íntegras.

Dr. Gustavo Saraiva Canhos
RADIOLOGISTA
CRM 16782

11/02/2010 09:00
PACIENTE: JOAO DE SA
ID: 123456789



52 kVp
0,91 mA

4

11/02/2010 09:00
PACIENTE: JOAO DE SA
ID: 123456789



460
150

53 kVp
0,99 mA

OEC 5

OEC

11/20/2010
11/20/2010
11/20/2010



52 kVp
0.91 mA

4

11/20/2010
11/20/2010
11/20/2010



460
150

53 kVp
0.99 mA

OEC 5

OEC



01/06/2020
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Internação

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : DBAMV
Usuário do Atendimento : ARLIMA

Nome : **MURILO JOAO DE SOUZA**

Paciente : **55372**

Atendimento

3888069

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 25/07/1980 Idade: 39 Anos / 10 Meses / 7 Dias

Nome da Mãe : MARIA IZAURA DE SOUZA

Nome do Pai: JOAO ALEXANDRINO DE SOUZA

Endereço : SITIO BAIXIO DOS CORDAS

SC

Número :

Bairro : RURAL

CEP : 63180000

Cidade : BARBALHA

Telefone : 981064252

Profissão Declarada : MOTORISTA

Dados do Atendimento

Data : 01/06/2020 Hora : 07:46:12 Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME : 50746

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Idade : BLOCO IV

Leito : ENF 29-5

Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

Historia da doença atual:

fratura em torçao @

Antecedentes:

I.S.....:

Exame Físico..:

Do

Hipotese Diagnostica:

fr. em torçao @

Diagnostico Definitivo:

o mesmo

Alta em....: 02/06/2020 Condições de Alta..:

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 34683
CPF - 34681348379

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002



Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : DBAMV

Paciente : 55372 Idade: 39 Anos / 10 Meses / 7 Dias
Nome do Paciente : MURILO JOAO DE SOUZA Data Nascimento : 25/07/1980
Sexo : MASCULINO Estado Civil : SOLTEIRO Religião :
Profissão : MOTORISTA Naturalidade : JUAZEIRO DO NORTE
Endereço : SITIO BAIXIO DOS CORDAS Número :
Bairro : RURAL Cidade : BARBALHA
CEP : 63180000 Telefone : 981064252
Identidade : 96029160116 CPF : 83567836315 CNS: 898001988813893
Nome da Mãe : MARIA IZAURA DE SOUZA
Nome do Pai : JOAO ALEXANDRINO DE SOUZA
Profissão Declarada : MOTORISTA

Dados do Responsável

Nome : MURILO JOAO DE SOUZA Parentesco : O MESMO Fone : 981064252
Endereço : SITIO BAIXIO DOS CORDAS Número :
Complemento : SC CEP : 63180000

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento : ARLIMA

Número : 3888069 Data : 01/06/2020 Hora : 07:46:12

Origem : INTERNACAO 3888069 Tipo : INTERNACAO CIRURGICA ELET
Unidade de Internação : BLOCO IV Leito : ENF 29-5

Médico do Atendimento : 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
Conselho: CRM - C6002 Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG CPF : 34631348372

Convênio : 1 SUS - INTERNACAO Plano : PLANO UNICO
Carteira : Guia : Dias Autorizados : Horas Autorizadas :
Acomodação : ENFERMARIA 6 LEITOS

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
CID : S824 FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA] TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIM
Procedimento principal : 0408050578
Local de Procedência :

Motivos

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia / traumatologia
CRM 6002
CPF 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Murilo Joao de Souza
Paciente/Responsável



Data de Emissão 01/06/2020

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

ARLIMA

Usuário do Cadastro :

DBAMV

Nome : MURILO JOAO DE SOUZA

Unidade : BLOCO IV

Identidade : 96029160116

Nome da Mãe : MARIA IZAURA DE SOUZA

Leito : ENF 29-5

Paciente : 55372

CPF : 83567836315

Atendimento



388806

Dados do Responsável

Nome : MURILO JOAO DE SOUZA

Parentesco : O MESMO

Fone : 981064252

Endereço : SITIO BAIXIO DOS CORDAS

Número :

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 profissionalmente 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 conseqüências que este fato trazer.

3- Da incapacidade:

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

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

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

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

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

4- Do Prontuário:

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, 01/06/2020 PAC. OU RESP: Murilo Joao de Souza

Data da Alta: 02/06/2020 Assinatura _____

Be IV

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 112272
Paciente : 55372
Convênio Atend. : 1
Leito : 182
Dt. Inicio :
Cid Pré-Operatório : S824
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004 SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)
MURILO JOAO DE SOUZA
SUS - INTERNACAO
ENF 29-5
Dt. Fim : 01/06/2020 13:30
FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA]
Atendimento: 3888069
Carteira:
Idade : 39 Anos 7 Meses 10 Dias

Procedimentos

Procedimento: 0408050578
Convênio: 001
Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNILATERAL PRINCIPAL
SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

6002 CASSIO MURILO DA SILVA
10064 MOACIR FERREIRA CHAVES JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :


- PC EM DECÚBITO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS
- ABORDAGEM DO TORNOZELO DIREITO
- REDUÇÃO E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 01 FIO DE KIRSCHNER DE 2.5MM GUIADO POR RADIOSCOPIA
- CURATIVO
- TALA TIPO BOTA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia / traumatologia
CRM - 6002
CPF: 34631348372

DR(A) CASSIO MURILO DA SILVA
CRM 6002

 Hospital Maternidade São Vicente de Paulo <small>INSTITUTO CANCER</small>		BOLETIM ANESTÉSICO		REGISTRO 55372	ATENDIMENTO 3888069	CONVÊNIO SCJ		
IDENTIFICAÇÃO					Origem () APTO (X) ENFERMARIA () AMB.			
Paciente <i>Munib José do Souza</i>					Data <i>01/06/2022</i>			
Idade <i>39 anos</i>	Sexo <i>MASC</i>	Peso	Altura					
Diagnóstico Pré-operatório <i>Fim de tumor do pulmão</i>								
AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA								
ASA <i>P2</i>	PA <i>120x67</i>	FC <i>70</i>	FR	SpO ₂ <i>96</i>	Temp			
Alergias <i>NR</i>								
Complicações em Anestésias Anteriores								
Jejum <i>OK</i>	Maliampatti	Esternomental <input type="radio"/> >10cm <input type="radio"/> <10cm	Tiromentoniano <input type="radio"/> >5cm <input type="radio"/> <5cm	Interincisivos <input type="radio"/> >3cm <input type="radio"/> <3cm	Extensão Atlantooccipital <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta	Dentição		
ECTOSCOPIA		AP. CARDIOVASCULAR		AP. RESPIRATÓRIO		SNC		
<input checked="" type="radio"/> Estado geral bom <input type="radio"/> Estado geral ruim <input type="radio"/> Estado geral péssimo <input type="radio"/> Cianótico <input type="radio"/> Ictérico <input type="radio"/> Febril <input type="radio"/> Desidratado <input type="radio"/> Descorado <input type="radio"/> Sudoreico		<input type="radio"/> Hemodinâmica instável <input type="radio"/> Arritmia <input type="radio"/> Choque <input type="radio"/> Insuficiência cardíaca <input type="radio"/> IAM prévio <input type="radio"/> Uso de antiagregante pqt. <input type="radio"/> Uso de anticoagulantes <input type="radio"/> Revascularização prévia <input type="radio"/> Hipertensão <input type="radio"/> Insuficiência Coronariana <input type="radio"/> Valvopatia <input type="radio"/> Aneurisma de aorta		<input type="radio"/> Dispneico <input type="radio"/> Tabagista <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> DPOC <input type="radio"/> Hipertensão pulmonar <input type="radio"/> Broncoespasmo <input type="radio"/> Rancos e estertores <input type="radio"/> Pneumonia <input type="radio"/> Tosse produtiva <input type="radio"/> Derrama pleural <input type="radio"/> Pneumotórax / hemotórax <input type="radio"/> Insuficiência respiratória		<input checked="" type="radio"/> Acordado e orientado <input type="radio"/> Torporoso <input type="radio"/> Agitação psicomotora <input type="radio"/> Coma <input type="radio"/> TCE <input type="radio"/> Liquorréia <input type="radio"/> Otorragia <input type="radio"/> Lesão medular <input type="radio"/> Hipertensão intracraniana <input type="radio"/> Déficit motor localizado <input type="radio"/> AVE prévio <input type="radio"/> Convulsão / epilepsia		<input type="radio"/> Diabético <input type="radio"/> Hipertireoidismo <input type="radio"/> Hipotireoidismo <input type="radio"/> Obesidade <input type="radio"/> Desnutrição <input type="radio"/> IRC <input type="radio"/> IRA <input type="radio"/> Hematúria <input type="radio"/> ITU <input type="radio"/> GESTAÇÃO Semanas:
EXAMES COMPLEMENTARES								
Hto	Hb	Pqt	Glicemia		Creatinina			
Na	K	Ca	Mg	Cl	TP	Ativ INR		
TTPA Aib.								
RX Tórax								
ECG								
Avaliação Cardiovascular <i>AP</i>								
Outras Observações								
Anestesia Proposta <i>Roxinestesia + relaxantes</i>								
PROCEDIMENTOS REALIZADOS								
① <i>Tto an de fim de tumor do pulmão direito</i>								
②								
③								
PÓS-ANESTÉSICO								
DESTINO DO PACIENTE <input checked="" type="radio"/> Enfermaria <input type="radio"/> SRPA <input type="radio"/> CTI <input type="radio"/> Casa (ambulatorial)		ESTADO DE CONSCIÊNCIA <input checked="" type="radio"/> Consciente e orientado <input type="radio"/> Levemente sedado <input type="radio"/> Sedação profunda <input type="radio"/> Coma		VIAS AÉREAS <input type="radio"/> Sem dispositivos acessórios <input type="radio"/> Catéter nasal <input type="radio"/> Máscara de Venturi (%) <input type="radio"/> Máscara laríngea <input type="radio"/> Sonda Traqueal		VENTILAÇÃO <input type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> Assistida manualmente <input type="radio"/> Ventilação mecânica		
SISTEMA CARDIOVASCULAR <input type="radio"/> Estável hemodinâmica <input type="radio"/> Instável hemodinâmica <input type="radio"/> Uso de DVA <input type="radio"/> Choque								
SINAIS VITAIS								
PA <i>120x67</i>	FC <i>80</i>	FR	SpO ₂ <i>96</i>	Temperatura				
ANESTESIOLOGISTA <i>D Moura</i>		CIRURGIÃO PRINCIPAL <i>A Munib</i>			PRIMEIRO AUXILIAR			

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		DOSE		HORÁRIO	
INTERVALO ANESTÉSICO		1 h			
OXIGÊNIO (L/MIN)					
ÓXIDO NITROSO					
SEVOFLURANO					
ISOFLURANO					
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS		SF / VES / RES			
SIMB.	T.C.*	FR	FC/PAIN		
ANEST.	X	40	220		
			210		
C.R.	O	35	100		
			80		
V	27	20	120		
			110		
A	20	20	100		
			90		
F.C.	34	10	80		
			70		
F.A.	25	3	60		
			50		
VENT.	Δ	34	40		
			30		
ESPONTÂNEA		99 98 99			
ASSISTIDA					
CONTROLADA					
SpO ₂					
ETCO ₂					
SÍMBOLOS					

DROGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA	DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA
1) Neomicina 4000	15 mg	Propofol 13h, moriana 10-275, punção venosa, 100-cha + 500mg S
2) Sincor	200	
3) Intanal	120 mg	
4)		
5) Ketarol	1/2	
6) Dipiridol	1/2	
7) Dexamet	10 mg	
8) Cetoprofeno	100 mg	
9) H ₂ O qtd		
10) Efectil	1 mg	
11) Dormine	5 mg	
12)		
13)		
14)		
15)		
16)		
17)		
18)		
19)		
20)		

LÍQUIDOS ENDOVENOSOS		PERDAS		MONITORIZAÇÃO			TEMPO ANESTÉSICO	
RL: 500	CH:	DIURESE:	SANGUE:	<input type="radio"/> ECG	<input type="radio"/> SpO ₂	<input type="radio"/> PA/PI	INÍCIO: 13h	DURAÇÃO TOTAL 31'
SF: 1000	PQT:			<input type="radio"/> ETCO ₂	<input type="radio"/> PAI	<input type="radio"/> TEMP	FIM: 13:35	
RS:	PFC:	BALANÇO HÍDRICO		ANESTESIOLOGISTA			CIRURGIÃO PRINCIPAL	
				Dr. Masini				



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

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

CNPJ: 03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: <u>3888069</u>	Cliente: <u>Murilo João de Souza</u>	
Idade: <u>39 anos</u>	ASA: _____	Data: <u>01.06.2020</u>
Clínica: <u>Bloco IV</u>	Quarto: <u>Enf. 29.5</u>	Categoria: <u>SUS</u>
Cirurgião: <u>Dr. Cassio</u>		
Diagnóstico: _____	<u>Fratura Tornozelo Dir</u>	
Procedimento realizado: _____	<u>MO. En. de Fratura de Tornozelo</u>	

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: <u>Peq. cirúrgica 33 peças</u>		
RESP. PREPARO: <u>Cintia</u>		
DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>27.05.2020</u>		
NÚMERO DO LOTE: <u>A100270520201809</u>		
DATA DO USO: <u>01.06.2020</u>	HORA: <u>tarde</u>	S.O. <u>D</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Cassio</u>	OBS: <u>Ortopedia</u>	

INTEGRADOR

~~Req. Esterilização 330 de
27/05/2020 08:18:04~~



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
 AV. CEI. JOÃO COELHO, 299 - FONE: (88) 3532 7100
 CNPJ: 03.284.505/0001-13

Entrada: 12:55 caixa: Pac. Cirúrgica
 Saida: 13:40 CUSTO DE SALA

Atend: 8888069
 Pac.: 55372

NOME DO PACIENTE: *Murilo José de Souza*

DATA: 10/06/2020

CONVÊNIO: SUS

CIRURGIAS: *720 Uda. frnt. de for. 3.330 Uda. de frnt.*

DURAÇÃO: 55

SALA: *D*

MATERIAIS	UNID	QUANT.	MATERIAIS	UNID	QUANT.	SOLUÇÕES	UNID	QUANT.
Agua Oxigenada	ML		Gorro Descartável	UNID	02	Agua Destilada	tubo	
Agulha Descartável 25x8	UNID	02 / 25x8 03	Intraeath	UNID		Agua Destilada	tubo	
Agulha Descartável 20x16	UNID	05 /	Injogoplas (Equipo 4 vias)	UNID		Soro Fisiológico	tubo	
Agulha Peridural (Perifix)	UNID	(Ne)	Lamina p/ Exerto	UNID		Soro Fisiológico	tubo	
Agulha p/ Raqui	UNID	01	Lamina bisturi	UNID	05	Clorexidina Alcoolica	ml	60
Agulha Stimuloplex	UNID	(Ne 21)	Ligacip (Clip de Video)	UNID		Clorexidina Degermanle	ml	
Alcool Etílico	ML		Luvras Descartáveis 10x80	PAR	03 / 10x75 01	Eter	ml	
Algodão Hidrófilo	Gr/Bola	02	Luvras Procedimentos	PAR	03 / 10x75 01	Formol 10%	ml	
Algodão Ortopédico 15x8	UNID	02 + 02	Máscara Descartável	UNID	06	Povidine	ml	80
Arnela da Montel/Eletrodo	UNID	05	Perfutor Set	UNID		Vaselina Líquida/Pomada	ml/grama	
Atadura de Crepon 20cm	UNID	05 / 15cm 03	Plastibiel	UNID		Xylocaina Spray	Gramma	
Atadura Gessada 20cm	UNID	05	Placa de Bisturi Descartável	UNID		Xylocaina Gelata	Gramma	
Bolsa de colostomia	UNID	10cm 03	Propel/Bolais Descartáveis	UNID	06	FIOS CIRURGICOS	UNID	QUANT
Câmara Endotraqueal	UNID		Scalp	UNID		Calqui (Simplex/Cromado)	UNID	
Câmara Endotraqueal	UNID		Seringa Perflix	PAR		Ethilon (Nylon Duplo)	UNID	
Catelet Duplo J	UNID	(Ne)	Seringa Descartável 1ml	UNID		Policol	UNID	
Catelet p/ Oxigenio	UNID	(Ne 20)	Seringa Descartável 3ml	UNID		Policol	UNID	
Catelet Jaleco	UNID	01	Seringa Descartável 5ml	UNID	03	Prolene	UNID	
Catelet Pericural	UNID	(Ne)	Seringa Descartável 10ml	UNID	02	Prolene	UNID	
Catelet Duplo/Mono Lúmen	UNID		Seringa Descartável 20ml	UNID		PDS II	UNID	
Capa de Video	UNID		Seringa Descartável 60ml	UNID		Mononylon	UNID	
Carreta de Bisturi Descartável	UNID		Sonda Gastrica	UNID		Monocryl	UNID	
Compressa Cirúrg. Pequena	UNID		Sonda p/ Gastrotonia	UNID		Vicryl	UNID	
Compressa Cirúrg. Grande	UNID		Sonda Uretral	UNID				
Coloneite / Colonoide	UNID	105	Sonda Naso enteral	UNID		APARELHOS/G. MEDICINA	UNID	QUANT
Cord-Clamp	UNID		Sonda Foley 2 vias	UNID		Aparelho p/ Stimuloplex	uso	
Coletor de Urina Simples	UNID		Sonda Foley 3 vias	UNID		App. Videolaparoscópico	uso	
Coletor Urina S. Fechado	UNID		Surgical	UNID		Aspirador Cirúrgico	uso	
Curativo IV-FIX	UNID	01	Transfuso bomba de infusao	UNID		Bomba Infusor Seringa	uso	
Extensor Fix (60/120 cm)	UNID	(Ne)	Transofix	UNID		Berço Aquerido	uso	
Dreno de Tórax	UNID	(Ne)	Traqueostomia	UNID		Bisturi elétrico	uso	
Dreno Sugaço / Perrose	UNID		Free-way / Dupla via	UNID		Capnógrafo	uso	
Equipo Simples/Inj. lateral	UNID	01				Monitor Multiparamétrico	min	02
Equipo p/ Sanguie	UNID					Gas Carbonico	min	
Esparradrago	CM	30				Ar Comprimido - Imin	min	
Esparradrago Micropore	CM	02 / 01				Oxigenio - Imin	min	
Escova Descartável	UNID					Oxido Nitroso - Imin		
Gazes 7,5x7,5	UNID							
Geoflam	UNID							

EQUIPE CIRURGICA

1º AUXILIAR: *Dr. Carlos Mucillo* ANESTESISTA: *Dr. Procin* CIRCULANTE: *Xmas Têneas*
 2º AUXILIAR: *Xmas* PEDIATRA: *Xmas* INSTRUMENTADOR (A): *Xmas* BERÇARISTA: *Xmas*
 TEC. RADIOLOGIA: *Xmas*



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: <u>Murilo João de Souza</u>		ATENDIMENTO: <u>3888069</u>	
Admissão no centro cirúrgico			
DATA: <u>10/09/2020</u>	HORÁRIO: <u>12:50</u>	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria () Externo () UTI () Apto. () outro	
Prótese dentária: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim:		Adornos: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim:	
Jejum: () não <input checked="" type="checkbox"/> sim: desde as <u>22</u> h		Roupa íntima: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim:	
Procedimento Realizado: <u>Tb Cirurgico de fratura do 1º metacarpo</u>			
Evolução na Sala Operatória <u>Directo</u>			
Punção venosa: <input checked="" type="checkbox"/> veia periférica JELCO Nº: <u>20</u> () A.V.C () dissecação venosa LOCAL:			
Posição para cirurgia: () Ginecológica () Litotômica <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal () D.Ventral () D.Lateral D/E			
Sonda Vesical: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim Tipo: () demora () alívio Número: Presença diurese: () não () sim			
Placa Bisturi: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim Local: () panturrilha D/E () dorso ombro D/E () coxa D/E		Anestesia: <input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio Qual: <u>Raque</u> () Geral () Sedação () Local	
HEMOTRANSFUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> não () sim C.H () PLASMA FRESCO () PLAQUETAS ()			
Drenos: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim Tipo: () Tórax D/E () tubular/laminar () penrouse () Kher () sucção () outros			
COMPRESSAS OFERECIDAS: () não <input checked="" type="checkbox"/> sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: () não <input checked="" type="checkbox"/> sim:	
GRANDES: <u>05</u>	PEQUENAS:	GRANDES: <u>05</u>	PEQUENAS:
CIRURGIA: INÍCIO: <u>12 h 00</u>		TÉRMINO: <u>13 h 35</u>	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS			
	VIA	DOSE	HORÁRIO
1- <u>Kezazol</u>	<u>IV</u>	<u>1g</u>	} <u>13:10</u>
2- <u>Dipirona</u>	<u>IV</u>	<u>2g</u>	
3- <u>Dicadren</u>	<u>IV</u>	<u>30mg</u>	
4- <u>Litoprogênio</u>	<u>IV</u>	<u>100mg</u>	
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			
HGT			
Encaminhado peça para exame: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim: qual:			
INTERCORRÊNCIAS:			
<u>13:40</u>			
Alta da sala operatória as: _____ h Destino: () RPA () UTI AD. () UTINEO () UTIPED () Enfermaria () Apto. () Necrotério			
<u>Sosia</u> CIRCULANTE DA SALA - ASS./COREN		<u>Antônio</u> INSTRUMENTADOR - ASS./COREN	
Recuperação Pós - Anestésico - RPA			
Admissão: nível consciência: () acordado () sonolento () acorda quando chama () dormindo () TOT			
Queixas: () sem queixas			
Respiração: () ndn () com necessidade de suplementação O ₂			
Local cirúrgico: () ndn () alterado			
SNG: () não () sim SNE: () não () sim Sonda Vesical Demora: () não () sim			
Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: () não () sim Qual: () uso O ₂ _____ l/min			
ESTOMA: () não () sim: ASPECTO:			



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

ADMISSÃO NA RPA as: h ORIGEM: ()SALA "A" ()SALA "B" ()SALA "C" ()SALA "D"

MÉDICO ANESTESISTA RESPONSÁVEL:

PRONTUÁRIO COMPLETO : () não () sim:

EVOLUÇÃO NA R.P.A.

HORAS:																			
P.A.N.I																			
PULSO																			
FR																			
T																			
SPO ₂ (%)																			
HGT																			
PAM																			

CIRURGIA: INÍCIO: h TÉRMINO: h

	MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS	VIA	DOSE	HORÁRIO
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				

Plano de cuidados de enfermagem para RPA

Cuidados de rotina segundo padrão: () não () sim
 Elevar MMII até estabilização da PA: () não () sim
 Aquecer o cliente até melhora da temperatura corporal: () não () sim
 Fazer orientações: () não () sim Tema: () curativo () retirada pontos () alimentação () atividade sexual
 Administrar oxigênio umido: () não () sim l/min.
 Outros cuidados específicos para o momento: () não () sim

Relatório e condições na Alta

Encaminhado alta : () acordado () sonolento () dormindo () intubado () ventilado com ambú
 Queixas durante RPA: () não () sim - () dor () vômitos /vezes () frio
 Trocado curativo: () não () sim /vezes Motivo:
 Desprezado secreções dreno e/ou sondas: () não () sim Volume:
 Diurese desprezada: () não () sim Volume: ml/(ml/kg/h) Cor:
 Enviado pertencer junto ao cliente: () não () sim qual:
 Recomendações: () não () sim

INTERCORRÊNCIAS:

DESTINO DO CLIENTE APÓS ALTA DA R.P.A

- () Domicílio
- () UTI Adulta / Neonatal / Pediátrica
- () Enfermaria
- () Transferência externa:
- () Apto
- () Necrotério

ASSINATURA / COREN



Paciente: 00055372MURILO JOAO DE SOUZA
Atendimento: 03888069

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: BLOCO IV, ENF
29-5
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Evolução Médica

PACIENTE NO PÓS OP IMEDIATO DE OSTEOSÍNTESE EM TORNOZELO DIREITO

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 8002
CPF - 34531348372

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM - 8002



Paciente: 00055372MURILO JOAO DE SOUZA
Atendimento: 03888069
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-5
Serviço: ORTOPIEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

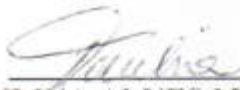
Anotações de Enfermagem

01/06/2020 08:00H PACIENTE ADIMITIDA PROVENIENTE DO PS, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO(FRATURA DO TORNOZELO).VEIO CO AXAMES EM ANEXO AO PRONTUARIO.REALIZADO CHECK LIST,AFERIDO SIANIS VITAIS.

PA=120/80mmHg

T=36°C

PACIENTE FOI ENCAMINHADO PARA S.O AS 12:20H RETORNOU AS 14:00H, PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIA.


PAULINA ALVES MENESES
COREN-1015814

Paulina Alves Menezes
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 1015814



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

02/06/2020
05:13:59
LSILVINO

Paciente: 00055372MURILO JOAO DE SOUZA
Atendimento: 03888069
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

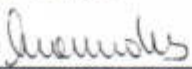
Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-5
Serviço: ORTOPEdia E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

01/06/2020 20HS PACIENTE MANTÉM REPOUSO NO LEITO, CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, FOI ALIMENTADO, MEDICADO EM HORÁRIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

PA=130/80mmHg T=36,9°C FC=80bpm

05HS PACIENTE DORMIU BEM.


LOURDES SILVINO SILVA
COREN 357021



PRESCRIÇÃO.: 1411106 DATA: 02/06/2020 12:00
 USUÁRIO....: RDIAS
 ATENDIMENTO: 3888069 DT NASC: 25/07/1980 (39A 10M 9D)
 CONVÊNIO...: SUS - INTERNACAO
 PACIENTE...: 55372 - MURILO JOAO DE SOUZA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 01/06/2020 07:46 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMAT CIRURGICA
 UNID. INT...: BLOCO IV LEITO...: ENF 29-5 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
 CID.....: S824 FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA] CICLO...: /
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO...:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3888069

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTO DE ALTA

1 ALTA MEDICA

Qtde	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
------	---------	----	-----	------------	---------------


 RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS
 CRM: 6443



Paciente: 00055372MURILO JOAO DE SOUZA
Atendimento: 03888069
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

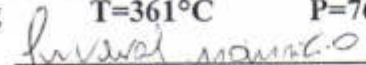
Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-5
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

02/06/20 08:00H CLIENTE TEM FO EM MID, VERIFICADO SSVV, MÉDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

11:40H CLIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR APÓS VISITA MÉDICA.

PA=110/80mmHg T=36.1°C P=76bpm


Juvenal Mauricio de Santana
coren 760467

S.E: 6233140101

ESSEIA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 07/2020

DATA: 10/05/2020

Muni AII: 2320180326789 Situação: APURADA Tipo: 1 Inicial Apresentação: 07/2020 Data de emissão: 01/05/2020

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M230190101 Lote: Enfermaria: ENF 29 Leito: ENF 20-5
Doc autorizador: 060016276890044 Doc med resp: 200324818580007 Doc diretor clínico: 200324818580007 Doc médico coll: 126588744590001
ONES: 2564211 - HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO ONE: 692891928213993

Paciente: MURILO JOAO DE SOUZA Proprietário: 000200056372

Data Nasc.: 25/07/1980 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASILEIRA Tipo Soc: RG RG: 65082100119

Responsável pec.: MURILO JOAO DE SOUZA Nome da Mãe: MARIA IZAUARA DE SOUZA

Endereço: SÍTIO BAIXO DOS CORDAS Bairro: RURAL Raça/Cor: PRETA Etnia: BRANCO - Não Se Aplica

Município: 220190 - BARBALHA UF: CE CEP: 68180-000 Telefone: (85)9910-6688 Endereço: Rua P. 9: 1400

Procedimento solicitado: 04.08.05.057-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Procedimento principal: 04.08.05.057-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Diag. principal: S824 - FRATURA DO PERÔNIO (FIBULA) Diag. secundária:

Complementar: Causa Óbito:

Genitor responsável: 02 - URGÊNCIA Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 01/05/2020 Data saída: 02/05/2020 Mot. saída: 12 - ALTA MELHORADA

Liberação SIGA/191: AII Anterior: AII Registro:

- [Causas Externas (Acidente ou Violência)]

SNPJ do Empregador:	CNABR: -
Vigência Previdência:	CBOS: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Linha	Procedimento	Documento	CBQ	CHRG/CNPJ	Ano	Valor	Qtd	Unid	Descrição
1	04.08.05.057-8	126368744590001	225270 (01)		2564211	1	08/2020		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO
2	04.08.05.057-8	203688061510008	225151 (06)		2564211	1	06/2020		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Própria	Tercelira	Própria	Tercelira	Própria	Tercelira	
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	462,57		50,23		117,21		650,01
Total Geral:	462,57		50,23	0,00	117,21	0,00	650,01

SID SECUNDÁRIO

CID	Característica	Descrição
V08	Prevalente	ACIDENTE DE TRANSPORTE NÃO ESPECIFICADO

Número de Nascidos: Número de Saídas: N° PréNatal:

Vivos 0 Mortos: 0 Altas 0 Transf. 0 Óbitos 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 02 de 22 de agosto de 1998 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1998, Seção 1, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Antonio ...
10/05/2020



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

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12790038328
NÚMERO DA AIH: 2320100329789

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2564211 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 898001988813893 - MURILO JOAO DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 25/07/1980 - 39 anos

NOME DA MÃE: MARIA IZAURA DE SOUZA

NOME DO RESPONSÁVEL: MURILO JOAO DE SOUZA

ENDEREÇO: SÍTIO BAIXIO DOS CORDAS, Nº 0

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230190 - BARBALHA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 88 - 88061629

BAIRRO: RURAL

CEP:

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S824 - Fratura do perônio [fibula]

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050579-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZÉLO UNIMALEOLAR

CARATER DA INTERNAÇÃO: ELETIVA

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34631348372 - CASSIO MURILO DA SILVA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 28/05/2020 - 12:09 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 15/06/2020 - 09:08

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR: 960016276890044 - ANDRE TAVARES EVANGELISTA

DATA AUTORIZAÇÃO: 29/05/2020 10:47

PARECER



19.05.2020
AO HMSVP, PACIENTE TRIADO.

nação
12790038328

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HO:

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HO:



PREFEITURA DE
Barbalha
SECRETARIA DA SAÚDE

IS 2564211

IS 2564211

5 - Nome do Paciente: **MURILO JOAO DE SOUZA**

6 - Nº Prontuário: **55372**

7 - Cartão Nacional do SUS: **898001988813893**

8 - Data de Nascimento: **25/07/1980**

9 - Sexo: Masculino Feminino

10 - RaçaCor: **02 - Preta**

11 - Nome da Mãe: **MARIA IZAURA DE SOUZA**

12 - Telefone de Contato: **8888061629**

13 - Nome Responsável: **MARIA IZAURA DE SOUZA**

14 - Telefone de Contato:

15 - Endereço (Rus, Nº, Bairro): **SITIO BAIXIO DOS CORDAS, 0 - RURAL**

16 - Município: **BARBALHA**

17 - IBGE: **230190**

18 - UF: **CE**

19 - CEP: **63180000**

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO COM CONSEQUENTE FRATURAS. ADMITIDO P/ CORREÇÃO CIRÚRGICA

21 - Condições que justificam a internação
TTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
HDA + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código: **FRATURA DO PERÔNIO (FÍBULA)**

24 - CID 10 Principal: **S824**

25 - CID 10 Secundário: **V99**

26 - CID 10 Causas Associadas:

27 - Descrição do Procedimento Solicitado: **PROCEDIMENTO SOLICITADO**
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

28 - Código do Procedimento: **0408050578**

29 - Especialidade: **CIRURGICO**

30 - Carater de Atendimento: **1**

31 - Documento: CNS CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente: **128368744990001**

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente: **CASSIO MURILO DA SILVA**

34 - Data de Solicitação: **28/05/2020**

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho): **6002**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bihete

41 - Série

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor: **M230190101**

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento: () CNS () CPF

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

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Código do Laudo: **3886330**



IMPRESSÃO DE AUTORIZAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
29/05/2020

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

PACIENTE: 898001988813893 - MURILO JOAO DE SOUZA

NOME DA MÃE: MARIA IZAURA DE SOUZA

CPF:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BARBALHA

CEP:

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

PROCEDIMENTO: 0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

DIAGNÓSTICO INICIAL: S824 - Fratura do perônio [fíbula]

DATA - HORA: 29/05/2020 - 10:47

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

PROFISSIONAL SOLIC.: 128368744590001 - CASSIO MURILO DA SILVA

ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2564211 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

MUNICÍPIO SOLICITANTE: 230190 - BARBALHA

MUNICÍPIO EXECUTOR: 230190 - BARBALHA

AUTORIZADOR: ANDRE TAVARES EVANGELISTA

CPF: 980016276890044

REGISTRO NO CONSELHO: NÃO INFORMADO

03/06/2020



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE E SEUS DERIVADOS



PACIENTE: Murilo José de Souza PRONTUÁRIO: 3588069

DN: 22/07/1980 ENF/LEITO: 24.5 RG: _____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____

NOME DA MÃE: Maria Izabela de Souza

PACIENTE () RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL / GRAU DE PARENTESCO:

REPRESENTANTE LEGAL: O mesmo

NOME: _____ IDADE: _____

RG: _____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, Murilo José de Souza

ESTANDO EM PLENO GOZO DE MINHAS FACULDADES MENTAIS, AUTORIZO REALIZAR O TRATAMENTO HEMOTERÁPICO, QUE INCLUI A TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, PLASMA, PLAQUETAS E/OU CRIOPRECIPITADO INDICADO PELO (A) DR. (A) _____

CRM _____

FUI ORIENTADO QUE A TRANSFUÇÃO DE SANGUE E SEUS DERIVADOS PODEM TRAZER BENEFÍCIOS, MAS TAMBÉM RISCOS, CAUSANDO REAÇÕES, TAIS COMO FEBRE, CALAFRIOS, ALERGIAS, PROBLEMAS PULMONARES E CARDIACOS. ESTOU CIENTE DE QUE, MESMO COM A REALIZAÇÃO DE TODOS OS EXAMES SOROLOGICOS PREVISTOS EM LEI (PORTARIA Nº1353, DE 13 DE JUNHO DE 2011 E RDC Nº 57, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2010), PARA GARANTIR A SEGURANÇA TRANSFUSIONAL, VOU ME SUBMETER A UM RISCO MÍNIMO DE ADQUIRIR ALGUMA DESSAS DOENÇAS INFECCIOSAS APÓS A TRANSFUÇÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES, COMO HEPATITE B e C, HIV, CHAGAS, SÍFILIS E HTLV. EU TAMBÉM CONCORDO QUE ESTE TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE E SEUS DERIVADOS POSSA SERVIR PARA A REALIZAÇÃO DE TRANSFUÇÕES ADICIONAIS QUE SEJAM NECESSÁRIAS NO TEMPO EM QUE PERMANECER NESTA HOSPITALIZAÇÃO. CERTIFICO QUE ESTE TERMO FOI EXPLICADO E LIDO PARA MIM E ME FAÇO CIENTE DO SEU CONTEÚDO, AUTORIZANDO A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO.

AUTORIZAÇÃO

BARBALHA, CE 01 DE setho 2020

HORA: _____ H

Murilo José de Souza

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

REVOGAÇÃO

BARBALHA, CE _____ DE _____ 20 _____

HORA: _____ : _____ H

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Paciente Murilo dos Santos de Souza Bloco Bloco J
 Leito 295 Atendimento 3838069

Pelo presente termo, Eu, Murilo dos Santos de Souza

() Paciente () Responsável pelo paciente

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

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Para as cirurgias **NEUROLÓGICAS** os possíveis riscos são: cegueira, surdez, perda da fala (afasia), paralisias de uma parte ou do corpo todo (paraplegia, hemiplegia, quadriplegia), perda de sensibilidade, alterações da consciência, coma e até o risco de morte.

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

Nome Legível: Murilo dos Santos de Souza

Assinatura: Murilo dos Santos de Souza

Grau de Parentesco: O mesmo

RG: _____

Testemunha 1: _____

RG: _____

Testemunha 2: _____

RG: _____

Barbalha, ___/___/___ Hora: ___:___

Deve ser Preenchido pelo médico

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

Nome do Médico: _____

Assinatura: _____

CRM: _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade Nº _____

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

Barbalha, ___/___/___ Hora: ___:___ Assinatura: _____



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Leia atentamente o seu Boletim de Informação sobre Anestesia e caso tenha dúvidas, contate com seu anestesologista o mais breve possível.

Paciente Murilo João de Souza Bloco Bloco IV
Leito 29-5 Atendimento 3888069

1. Por determinação explícita de minha vontade e em consideração ao meu interesse pessoal, eu,

Murilo João de Souza
 Paciente Responsável pelo paciente, por este termo, autorizo o Dr. _____

CREMEC _____ e todos os demais profissionais vinculados ao Serviço de Anestesiologia do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, a realizar procedimentos necessários para a realização da cirurgia _____ a qual, no momento, me proponho a realizar.

2. Foi claramente exposto a mim que as condutas propostas serão conduzidas de acordo com princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de danos ou prejuízos esperados e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que é de direito.

3. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos bem como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, risco de morte ou complicação temporária / permanente.

4. Os seguintes pontos me foram esclarecidos:

Poderá ocorrer dor de garganta, fraturas nos dentes, dor de cabeça, dores lombares, tonturas, dificuldade respiratória, transtornos de comportamento afetivo e memória, dor nos locais de acesso venoso, ardência nos olhos, úlceras de córnea, frio, tremores, áreas com falta de sensibilidade por vícios de postura ou após a realização de bloqueios, que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e, mesmo raros, poderão ser permanentes.

5. Aceito o fato de que o tabagismo, o uso de álcool ou de drogas ilícitas são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar a incidência maior das complicações descritas acima.

6. Reconheço que, durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente necessitam procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados. Por isso, estou ciente e autorizo o médico anestesologista responsável a realizar qualquer técnica ou tratamento necessário para a condução do ato anestésico.

7. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até o meu reestabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, verbalmente e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados.

8. Autorizo o registro em prontuário médico dos procedimentos necessários para a realização da anestesia proposta, sendo que todas as informações serão mantidas em estrito sigilo e divulgadas apenas àqueles que necessitem ou tem direito legal às mesmas.

Paciente/ Responsável

Assinatura Murilo João de Souza

Testemunha

Assinatura

Testemunha

Assinatura

Médico Anestesologista

Barbalha - CE, ____ de ____ de 20__



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



CHECK LIST PRÉ OPERATÓRIO

PACIENTE: Murielo da Costa de Souza CONVENIO SUS
LEITO: 21-5 ATENDIMENTO: 3888069 IDADE: 39 anos PESO _____
PROCEDIMENTO PROGRAMADO: fratura do tornozelo
DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: ___/___/___ HORA DO ENCAMINHAMENTO: _____

() ALERGIAS: Nega

HÁ RISCO DE GRANDES PERDAS SANGUINES? (Superior a 500 ml) () SIM () NÃO
() RESERVA DE SANGUE DISPONÍVEL- CH Quantos? _____ () PLASMA -Quantos? _____

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO _____

JEJUM A PARTIR DAS 20:00 h DO DIA 31/05/20

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

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

OUTRAS _____

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

() CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTESICO TRICOTOMIA

RETIRADA DE ÓRESES, PRÓTESES E ADORNOS () AVALIAÇÃO PRÉ - ANESTESICA

() BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA () SITIO CIRURGICO DEMARCADO

() CIRURGIA PRÉVIA. QUAL? _____

EXAMES COMPLEMENTARES E IMAGENS: ECG RX DE TORAX () USG () ECO
 PARECER CARDIOLOGISTA (RISCO CIRÚRGICO) _____ () USG DOPPLER
OUTROS _____

HEMOGRAMA: HB: _____ HT: _____ LEUCÓCITOS: _____ PLAQUETAS: _____ Cr _____

TAP: TEMPO: _____ ATIVIDADE: _____ INR: _____ Na: _____ K: _____ Ur: _____

Glicemia: _____ GRUPO SANGUINEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

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

SINAIS VITAIS: PA: 130/80 PULSO: _____ TEMP: 35.9 FR: _____

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

() SAME Nº _____ OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO CHECK LIST Paulina

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO:

Paulina COREN _____ () ENFERMEIRO

() TEC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: Guilherme

COREN _____ () ENFERMEIRO () TEC. DE ENFERMAGEM

NOME: Murilo João de Sousa

Idade: 39 anos

DATA: 26.05.2020

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

Procedimento: Cx ortopédica tornozelo D

Fatores de risco cardiovasculares: NEGA

HAS: (-) DM(-) nega DLP: nega TBG: nega

História familiar de DAC: nega

Cirurgias prévias: nega

Alergia: Nega

EXAME FÍSICO:

Genal: EGBom, eupneico, corado, orientado

ACV: Ritmo regular, em 2T, BNF PA:140/80mmHg

FC: 80 bpm.

AR: MV normal sem ruídos adventícios

EXAMES REALIZADOS:

ECG: Normal

FATORES DE RISCO (EMAPO):

Menores:	Escore de pontos	Moderados:	
<input type="checkbox"/> Paciente inativo e acamado	4 pts	<input type="checkbox"/> IAM há menos de 6 meses e fora da fase aguda	10 pts
<input type="checkbox"/> HAS com HVE e Alteração de ST-T	4 pts	<input type="checkbox"/> Angina estável	10 pts
<input type="checkbox"/> AVCI progressivo há 3 meses	4 pts	<input type="checkbox"/> Episódio de angina instável nos últimos 3 meses	10 pts
<input type="checkbox"/> DM associado a nefropatia/cardiopatia ou uso de insulina	4 pts	<input type="checkbox"/> EAP sec a ICC há menos de 1 semana	10 pts
<input type="checkbox"/> Cardiopatia isquêmica com testes indutores de isquemia negativos há menos de 3 meses	4 pts	<input type="checkbox"/> Taquiarritmias supraventriculares com resposta ventricular elevada/ arritmia ventricular repetitiva	10 pts
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia intraperitoneal, intratorácica, de aorta e seus ramos ou ortopédica de grande porte	4 pts	<input type="checkbox"/> Angina classe III(Classificação Canadense)	10 pts
<input type="checkbox"/> Presença de aneurisma de aorta assintomático, sem indicação cirúrgica	4 pts	<input type="checkbox"/> Cirurgia de emergência	10 pts
<input type="checkbox"/> Idade maior que 70 anos	5 pts	<input type="checkbox"/> Estenose mitral grave	10 pts
<input type="checkbox"/> IAM há mais de 6 meses	5 pts		
<input type="checkbox"/> EAP sec. a ICC há mais de 1 semana	5 pts	Maiores:	
<input type="checkbox"/> FA crônica, taquiarritmias atriais paroxísticas e TVNS documentada	5 pts	<input type="checkbox"/> Angina classe IV (Classificação Canadense)	20 pts
<input type="checkbox"/> Condições gerais alteradas: K < 3,0mEq/l		<input type="checkbox"/> estenose aórtica grave	20 pts
		<input type="checkbox"/> ICC classe IV	20 pts
		<input type="checkbox"/> Fase aguda de IAM	20 pts
		<input type="checkbox"/> Episódio recente de FV, sem uso de CDI	20 pts

Total de pontos acumulados: 04 pontos


ÍNDICE DE RISCO CARDIOVASCULAR

Total de pontos	Tipo de risco	Complicações cardíacas esperadas
0	muito baixo	>1%
até 5	baixo	<3%
entre 6 e 10	moderado	<7%
entre 11 e 15	elevado	até 13%
maior que 15	muito elevado	maior que 13%

Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2000;3:423-30

CONCLUSÃO: Baixo risco de eventos cardiovasculares para a cirurgia acima proposta

Data: 26.05.2020


Dr. André Tavares Evangelista
Cardiologia/Ecocardiograma
Cre MEC 9677



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

RADIOLOGIA - HMSVP

Atendimento: 3884292
Paciente.....: 55372 - MURILO JOAO DE SOUZA
Solicitante.....: FREDERICO DE MENEZES F. COUTO BEM
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido.....: 958569
Idade.....: 39a 10m 2d
Atendido.....: 23/05/2020
Laudo.....: 23/05/2020

RX DO TORNOZELO DIREITO

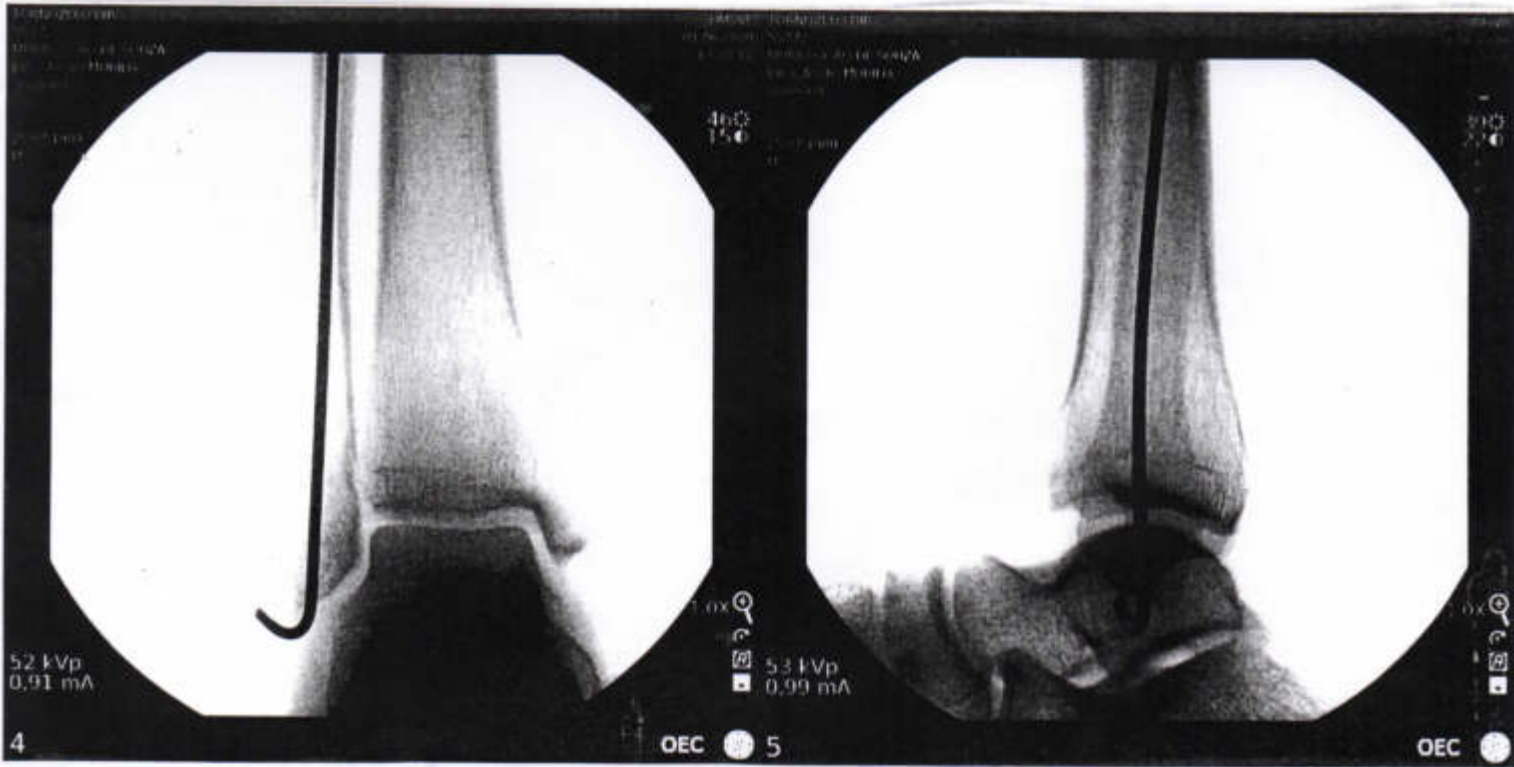
ACHADOS:

Partes moles sem alterações radiológicas.

Fratura na fibula distal.

Interlinhas superfícies articulares íntegras.

Dr. Gustavo Saraiva Campos
RADIOLOGISTA
CRM 6782





Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : DBAMV
Usuário do Atendimento : CCOELHO

Nome : **MURILO JOAO DE SOUZA**

Paciente : **55372**

Atendimento



3984242

Nome da Mãe : MARIA IZAURA DE SOUZA

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 25/07/1980 Idade: 39 Anos / 9 Meses / 27 Dias

Endereço : SÍTIO BAIXIO DOS CORDAS SC

Bairro : RURAL Cidade : BARBALHA

CEP : 63180000 Telefone : 8888061629

Profissão Declarada : MOTORISTA

Número : 0

Dados do Atendimento

Data : 22/05/2020 Hora : 20:11:51 CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : CIRURGIA GERAL Serviço : CIRURGIA GERAL

Queixas :

T :

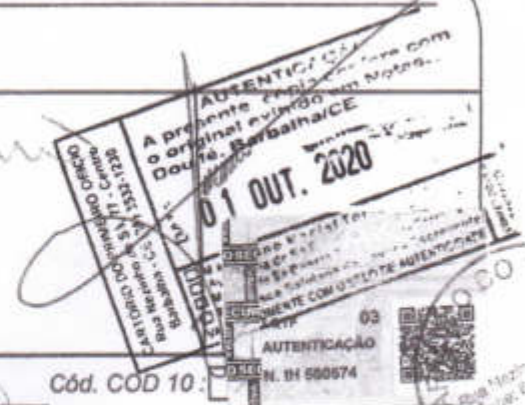
PA :

P :

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que? _____

Hora médica : _____

Polissa moto / can



Hipótese Diagnóstica : *trauma postural no* Cód. COD 10: _____

Procedimento

- Imagem : *X tomografia*
- Laboratório :
- Outros :

Conduta

*diminuir a dor + sintoma + controle
físico da dor + analgesia*

Assinatura do Paciente ou Responsável

CARLOS PEDRO G DE ALENCAR (HMSVP)
CRM C3773



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

RADIOLOGIA - HMSVP

Atendimento: 3884237
Paciente.....: 55372 - MURILO JOAO DE SOUZA
Solicitante.....: JOAO EDIVALDO DE SOUZA (HMSVP)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 958540
Idade.....: 39a 10m 2d
Atendido.....: 22/05/2020
Laudo.....: 22/05/2020

RX DIGITAL DO PÉ DIREITO

ACHADOS:

Partes moles sem alterações radiológicas.
Fratura na fíbula distal.
Interlinhas superfícies articulares íntegras.
Não se observa luxação.

Cartão de autenticação com QR code e informações de validação.

OFICINA DO PRIMEIRO OFÍCIO
Barbalha de SA. 77 - Centro
Alfama - CE (05) 3532-1230

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia é
o original emitido em
Barbalha - CE
Dou 16, Barbalha/CE

DATA: 01 OUT. 2020

Marcelino Rodrigues
Azeite de SA. 77
 Manoel de SA. 77
 Francisco Sabino

VALIDO SOMENTE COM O SÍMBOLO AUTENTICAÇÃO

OFICINA DO PRIMEIRO OFÍCIO
Barbalha de SA. 77
Alfama - CE (05) 3532-1230

QR CODE

OFICINA DO PRIMEIRO OFÍCIO
Barbalha de SA. 77
Alfama - CE (05) 3532-1230

Dr. Gustavo Saraiva Campos
RADIOLOGISTA
CRM - 1772



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

RADIOLOGIA - HMSVP

Atendimento: 3884292
Paciente.....: 55372 - MURILO JOAO DE SOUZA
Solicitante.....: FREDERICO DE MENEZES F. COUTO BEM
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICIO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido.....: 958569
Idade.....: 39a 10m 2d
Atendido.....: 23/05/2020
Laudo.....: 23/05/2020

RX DO TORNOZELO DIREITO

ACHADOS:

Partes moles sem alterações radiológicas.

Fratura na fibula distal.

Interlinhas superficies articulares íntegras.

Dr. Gustavo Saraiva Canhos
RADIOLOGISTA
CRM 16782

11/02/2010 09:00
PACIENT: JOAO DE SA
ID: 123456789



52 kVp
0,91 mA

4

11/02/2010 09:00
PACIENT: JOAO DE SA
ID: 123456789

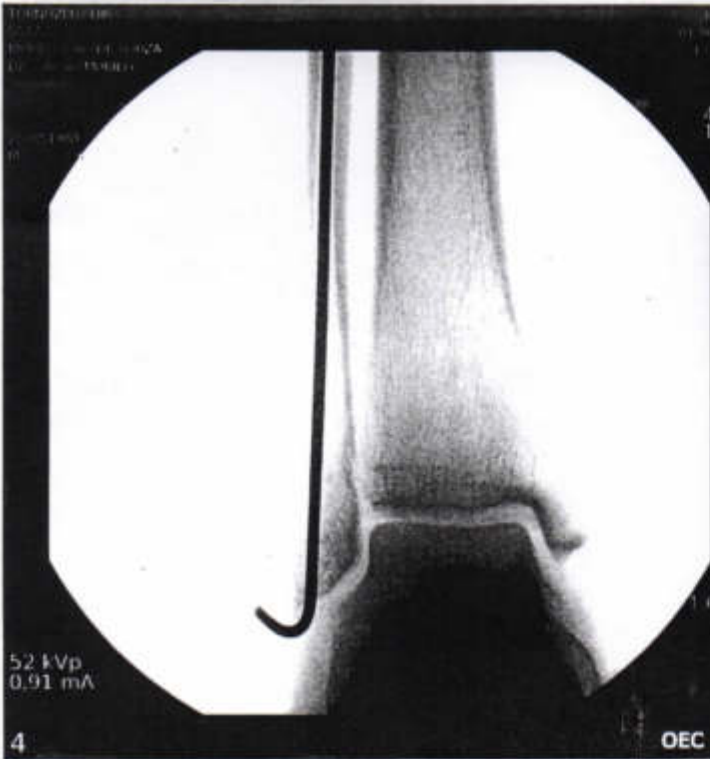


460
150

53 kVp
0,99 mA

OEC 5

OEC





VALIDA EM TODO
O TERRITORIO NACIONAL
2144134383

NOME
MURILO JOAO DE SOUZA



DOC. IDENTIFIC. / CDS. IDENTIFIC. Nº
96029160116 SSP CE

CPF
835.678.363-15 DATA NASCIMENTO
25/07/1980

PAIS
JAO ALEXANDRINO DE
SOUZA
MARIA IREUSA DE SOUZA

PROFISSAO
ACD
CIVIL
AD

Nº SERIADO
00622427019 VALOR
07/01/2026 1ª EMISSÃO
18/05/1999

OBSERVAÇÃO
SAR:

MURILO JOAO DE SOUZA

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
2144134383

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
22/06/2021

28910552601
CE178483710

CEARÁ

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210216234

Cidade: Barbalha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MURILO JOAO DE SOUZA

Data do acidente: 22/05/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/5/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO .

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210216234

Cidade: Barbalha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MURILO JOAO DE SOUZA

Data do acidente: 22/05/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/5/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO .

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210216234

Cidade: Barbalha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MURILO JOAO DE SOUZA

Data do acidente: 22/05/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/5/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO .

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0166903/21

Vítima: MURILO JOAO DE SOUZA

CPF: 835.678.363-15

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MURILO JOAO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MURILO JOAO DE SOUZA : 835.678.363-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/09/2021
Nome: MURILO JOAO DE SOUZA
CPF: 835.678.363-15

MURILO JOAO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2021
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE