



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

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

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02316469620238060001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	15/06/2023 09:49:11

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	---

Arquivos

Petição:	2884206_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2884206_CONTESTACAO_Anexo_02_PARTE_01 - 1-21.pdf
Documentação:	2884206_CONTESTACAO_Anexo_02_PARTE_01 - 22-38.pdf
Documentação:	2884206_CONTESTACAO_Anexo_02_PARTE_01 - 39-50.pdf
Documentação:	2884206_CONTESTACAO_Anexo_02_PARTE_02 - 1-17.pdf
Documentação:	2884206_CONTESTACAO_Anexo_02_PARTE_02 - 18-37.pdf
Documentação:	2884206_CONTESTACAO_Anexo_02_PARTE_02 - 38-42.pdf

Documentação:	2884206_CONTESTACAO_A nexo_02_PARTE_02 - 43- 50.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.



FRANCISCO CESAR DE CASTRO NETO
GENERAL JOAO COUTO 111 (CS A) OLAVO OLIVEIRA
60351-000 FORTALEZA-CE
1004 T01

Correios

PRISMA RESIDENCIAL CLUBE - 1004 T01
Vencimento: 11/07/2022

000000000 0001

Para uso dos correios

☐ Multa-se	☐ Não procurado	Entregador
☐ Endereço insuficiente	☐ Ausente	
☐ Não existe n° indicado	☐ Falecido	
☐ Desconhecido	☐ Informação escrita por 3°	
☐ Recusado	☐ CEP errado ou não inform.	
Data	Registrado ao serviço postal em	



Remetente
PRISMA RESIDENCIAL
Avenida dos Expedicionários, 3368, BENFICA
CEP.60411-136
Fortaleza/CE /986717841



Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
Fortaleza - CE - CEP: 60135-040
CNPJ: 07.047.251/0001-70 - CGF: 05.105.648-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei 10.438 de 26 de abril de 2002

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA	TIPO DE FORNECIMENTO	DATAS DE LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
B1 RESIDENCIAL-CONV. Residencial Pleno	MONOFÁSICO		22/06/2021	22/07/2021	30	23/08/2021

INSTALAÇÃO / UNIDADE CONSUMIDORA	Nº DO CLIENTE
7694250	7694250

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
07/2021	29/07/2021	R\$74,62

INFORMAÇÕES FISCAIS
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica-Modelo 6 HASHCODE D74D 2F78.848D.2598.36EF.89D4.F13A.9197 NOTA FISCAL Nº 121915544 SÉRIE ÚNICA DATA DE EMISSÃO 22/07/2021 DATA DE APRESENTAÇÃO 22/07/2021 CFOP 5258. Venda de en. elétrica a não contribuinte CPF/CNPJ Cliente: 048.217.413-77 INSC. EST

MENSAGENS IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif. Vermelha 23/06 - 22/07 "Por determ. da Aneel, a band. tarifária em vigor para 06/21 é VERMELHA PAT 2, deixando a energia mais cara. Para minimizar o impacto no vr da conta, fique atento ao cons. de energia. Confira dicas de economia em enel.com.br"

DESCRIÇÃO DO FATURAMENTO			
Bônus de Fatura	Quant.	Preço unit. (R\$)	Valor (R\$)
Consumo	41	0,61854	25,38
Adicional Band. Vermelha	41	0,09049	3,71
Débito De Pequenos Valores			35,08
COS DOAÇÃO PEO NAZARENO 0000 085 2214			10,00
Juros Moratórios			0,47
Subtotal Faturamento			28,07
Subtotal Outros			45,55
TOTAL			74,62

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO E CONSUMO NO PERÍODO						
Nº Medidor	P.Horário/Segmento	Data Leitura	Leitura	Data Leitura	Leitura	Fator Multiplicador
5760589-ELE-626	HFP	23/JUN	1956,0	22/JUL	1997,0	1,0
					Consumo kWh	Nº Dias
					41,0	30

CONSUMO / kWh			
MÊS/ANO	CONSUMO FATURADO (kWh)	DIAS	TIPO DE FATURAMENTO
JUL21	41,00	30	LID
JUN21	38,00	31	LID
MAY21	37,00	29	LID
ABR21	42,00	30	LID
MAR21	42,00	28	LID
FEV21	47,00	31	LID
JAN21	43,00	31	LID
DEZ20	47,00	31	LID
NOV20	43,00	29	LID
OUT20	43,00	31	LID
SET20	54,00	30	LID
AGO20	42,00	31	LID
JUL20	48,00	30	LID

RESERVADO AO FISCO			

DADOS DE MEDIÇÃO					
Medidor	Grandezas	Postos Tarifários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const. Medidor
5760589-ELE-626	ENERGIA ATIVA - kWh	HFP	1956,00	1997,00	1,00
					Consumo kWh
					41,00

NOTIFICAÇÃO/REAVISO DE CONTAS VENCIDAS	
Não constam débitos relativos às faturas vencidas no ano de 2020 e anos anteriores. Excluem-se desta declaração os valores não faturados em razão de irregularidades constatadas posteriormente. Esta declaração substitui as quitações anteriores.	

CADASTRO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	
Se você ainda não tem débito automático, cadastre-se na sua instituição bancária utilizando o código 7694250	

RESPONSÁVEL PELA ILUMINAÇÃO PÚBLICA EM SUA RUAREGIÃO	
PREFEITURA MUNICIPAL FORTALEZA	

838400000006 746200310103 031578263076 000076942503

ENEL			
838400000006 746200310103 031578263076 000076942503			
Pagador ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ		Referência 22/07/2021	Total 74,62
Emissor 07/2021		Nota Fiscal 0202107121915544	
Nº de controle 10031578243		Mensagem	





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSETA, 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 ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

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

LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o nº 084.338.003 / 96

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da vítima LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

inscrito (a) no CPF sob o nº 084.338.003 / 96, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA PROFESSOR CABRAL</u>	Número:	<u>676</u>	Complemento:	<u>FUNDOS</u>
Bairro:	<u>PQ. SANTA ROSA</u>	Cidade:	<u>FORTALEZA</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:	<u>RC527310@GMAIL.COM</u>	CEP:	<u>60.762-775</u>	Tel. (DDD):	<u>(85) 99925-3719</u>

Local e Data: FORTALEZA-CE, 18 DE AGOSTO DE 2022


Assinatura do Declarante



HOSPITAL UNIDADE OBSTÉTRICA DE UMIRIM

RUA: SÃO FRANCISCO, S/N - LOTE. (P.5) 3364 1448

CEP: 62.666-000 ARACAPICÓ - UMIRIM - CEARÁ

PA: _____

PESO: _____

TEMP: _____

Nº 53

DATA 14/10/2020

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

UNIDADE OBSTÉTRICA DE UMIRIM

1º ATENDIMENTO ☐

SUBSEQUENTE ☐

EMERGENCIA ☐

FRANQUEADO ☐

1. IDENTIFICAÇÃO:

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

CNS:

RESIDÊNCIA:

Lucas Neto Costa Rodrigues

Solteiro

SEXO: M

IDADE: 22

Fortaleza

PROFISSÃO:

CATEGORIA:

Fortaleza

2. QUEIXA PRINCIPAL

3. HISTÓRICO ATUAL

4. DIAGNÓSTICO

Truque

5. EXAMES SOLICITADOS:

A

Assinatura do Paciente

Assinatura e Carimbo do Médico

HORA

PRESCRIÇÃO/EVOLUÇÃO

ACOMP. DE PRESCRIÇÃO

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

RUBRICA

① SRU 500mg (v)

② Bupropiona 1amp (v)

③ Depressão 1amp (v)

03:16

Francislando Lopes do Nascimento
Técnico em Enfermagem
COREN 22424

Dr. Francisco Antônio de Sá
Alcides Azeiteiro

OBSERVAÇÃO:

12/10/2020



HOSPITAL UNIDADE OBSTÉTRICA DE UMIRIM

RUA: SÃO FRANCISCO, S/N - ZONE: (P5) 3364 1448

CEP: 62.666-000 ATU/NICÓDIO - UIRIPIAT - CEARÁ

PA: _____

PESO: _____

TEMP: _____

Nº 53

DATA 14/10/2020

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

UNIDADE OBSTÉTRICA DE UMIRIM

1º ATENDIMENTO ☐

SUBSEQUENTE ☐

EMERGENCIA ☐

FRANQUEADO ☐

1. IDENTIFICAÇÃO: Lucas Mota Castro Rodrigues

ESTADO CIVIL: Solteiro SEXO: M IDADE: 29

NATURALIDADE: Fortaleza PROFISSÃO: _____

CNS: _____ CATEGORIA: _____

RESIDÊNCIA: Fortaleza

2. QUEIXA PRINCIPAL _____

3. HISTÓRICO ATUAL _____

4. DIAGNÓSTICO Incurável

5. EXAMES SOLICITADOS: _____

Assinatura do Paciente

Assinatura e Carimbo do Médico

HORA

PRESCRIÇÃO/EVOLUÇÃO

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM
ACOMP. DE PRESCRIÇÃO

OBSERVAÇÃO

RUBRICA

① SRI 300ml (v)

② Bupropiona 1amp (v)

③ Dipirona 1amp (v)

03:16

Francislando Lopes do Nascimento
Técnico em Enfermagem
COREN 20000

Dr. Francisco de Assis
Atendente

OBSERVAÇÃO:



**PERBOYRE
CASTELO**

LABORATÓRIO DE RADIOLOGIA DENTÁRIA

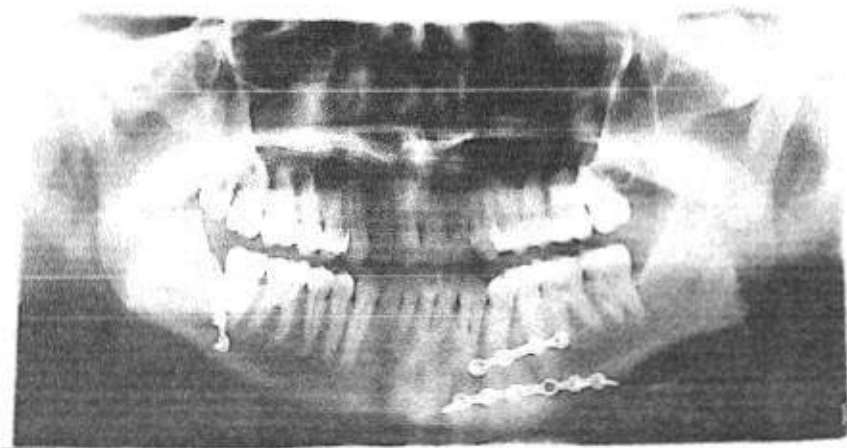
LAUDO RADIOGRÁFICO

Rua Raimundo Vitor, 310 - PARQUELÂNDIA - FORTALEZA - CE - CEP 60.460-110
TELEFONE: (85) 3287.4898

Paciente: **LUCAS MOTA CASTRO
RODRIGUES**
Indicação: **EDUARDO COLARES**

Data: **25/01/2021**
Idade: **22 a 10 m**

Hora: **10:14:47**



Radiografia Panorâmica:

- ❖ Ausência do 3º molar superior esquerdo (28) e 3º molares inferiores.
- ❖ Presença de aparatologia cirúrgica (placas e parafusos) projetada na mandíbula.
- ❖ Caninos e incisivos com desgaste de cúspides/bordos incisais.
- ❖ Apinhamento dentário discreto na região de incisivo lateral superior esquerdo (22).
- ❖ 2º molar inferior esquerdo (37) com área radiolúcida projetada no terço cervical da raiz mesial. Sugere-se radiografia periapical para melhor visualização e análise.
- ❖ Apinhamento dentário na região de pré-molares inferiores do lado esquerdo.
- ❖ Côndilos assimétricos.
- ❖ Seios maxilares com radiotransparência compatível com a normalidade e com extensões alveolares.


Cristiane Rodrigues Guimarães
CRD-CE: 4955

Em caso de dúvidas solicitamos contato com nosso corpo clínico

Identificação do Emitente

União de Clínicas do Ceará Ltda. - Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima
CNPJ: 05.867.015/0001-75 - Telefone: 3311.6000 - Cidade: Fortaleza - UF: CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Eduardo Colares
Cirurgião - Dentista

Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Lucas Costa Gomes

Endereço: Av. Expedicionários 3368 Fátima

Prescrição: ① Amoxi Can / Sigma Can 400mg / Sin -
Suspensão (140ml)

Tomar 10ml de 4/4 em 7 dias
② Amoxicilina 500mg/ml - suspensão
Tomar 40ml de 4/4 em 7 dias
Data: 07/11/20 04 AN.

Identificação do Comprador

Nome: Lucas Costa Gomes
Ident.: Rodrigues Org. Emissor:
End.:
Cidade: Fortaleza UF: CE
Telefone: 96392723

Identificação do Fornecedor

Assinatura do farmacêutico



P/ LUCAS MORA CASTRO FODMAYES

SOUVITO

CELA cervical RÍGIDO com
ARCO MENTONIANO

imp: fratura de CERVICO - occipital

21/10/2020

Dr. Arnaldo Arruda
Neurocirurgia
Cirurgia da Coluna
CRM 14.413 RQE 7696

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311-6000

Identificação do Emitente

União de Clínicas do Ceará Ltda. - Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima
CNPJ: 05.867.015/0001-75 - Telefone: 3311.6000 - Cidade: Fortaleza - UF: CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Eduardo Colares
Cirurgião Dentista

Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Lucas Montes Castro

Endereço: R. Extremidade 3368 Rumen

Prescrição:

① Siga a Cur/Amox Cur 400mg/5ml
- Sussente om - 1 dose (20ml)
Pom 10ml de 11/12

Data: 10, 11, 20 por 03m

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Data: / /

Assinatura do farmacêutico

Paciente Lucas Castro

Retorno:

4-Fam 11/11/20

AS 7:30 Wm

Centro Odontológico

Dr. Gustavo Colares

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

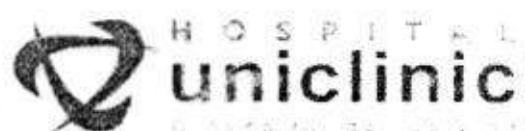
www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311-6000

Registado no CNPQ 000000000000000000

SOLICITADO MRH

12.10.20
02.11.20



85 3311-6059 | 3311-6000
Av. Aguanambi, 332
Fatima - Fortaleza-CE

DATA DE NASC	12.10.20
DATA DE NASC	02.11.20

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO										
QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE										
NOME	Lauro Mate Costa Rodrigues				DATA DE NASC	02/03/1948				
CPF	08433800396	RG	200604114114	IDADE	74	ESTADO CIVIL	Solteiro	SEXO	Masculino	
EXERCÍCIO	At. dos Expedientes				BAIRRO		América			
CIDADE	Fortaleza	CEP	60020300	ESTADO	CE	NATURALIDADE	Brasileira			
Pai	Romildo Rodrigues Mate		Mãe		Lucimara Mate Costa					
MEDICO RESPONSÁVEL			CRM			DATA DA INTERNAÇÃO	18/10/2022		TELEFONE	95979-0152

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL								
NOME	Romildo Rocha Rocha				DATA DE NASC	15/10/1940		
CPF	02877036307	RG	200500252284	PAI	Romildo Rocha		CPF	02877036307
EXERCÍCIO	Rua Guilhermino Rocha, 9				BAIRRO		Mudumirim	
CIDADE	Fortaleza	CEP	60767590	ESTADO	CE	NATURALIDADE	Brasileira	

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do prontuário de internamento do paciente acima descrito, para assumir a total responsabilidade sobre a divulgação, em juízo ou fora dele, das informações médicas existentes no Prontuário.

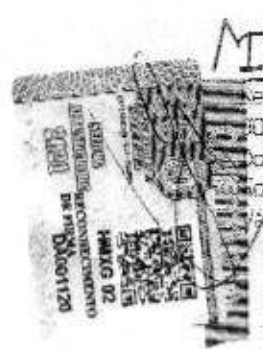
Por ser expressão da vontade, firmo a presente.

Fortaleza, _____ de _____ de 2022



Romildo Rocha Rocha

PACIENTE OU RESPONSÁVEL (nome legível)



10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Monteiro, 70 - Monte Castelo - Fortaleza / CE - CEP 60.525-720
Fone: (85) 3281.0080 | escrituragc@cartomoraededeus.net.br
Tabela: Maria de Fátima Rosário Moreira de Deus

Reconhecido por Semelhança a(s) firma(s) abaixo:

ROMILDO ROCHA DIOGO

Fortaleza, 01/08/2022

Feito somente com o selo de autenticidade.

Em testemunho da verdade.

Laleska Almeida Aquiar - Esc. Autorizada





Atendimento: 1.731.315
Nº Prontuário: 478.380
Dt Internação: 18/10/2020 18:51

Nome: Lucas Mota Castro Rodrigues

Nome do Pai: Lucas Mota Castro Rodrigues

Estado Civil:

Nome da Mãe: Romildo Rodrigues Mota

Nascimento: 02/03/1998

Endereço: AV EXPEDICIONARIOS, 3368 FATIMA Torre 1 Ap 1004

Bairro: FATIMA

Naturalidade:

Conjuge:

Nome da Mãe: Jucinara Mota Castro

Idade: 22 Anos

Cidade: Fortaleza

Religião:

Sexo:

Sexo: Masculino

CNPJ: 08433800396

Identidade: 2006014114119

Telefone 1: (85) 997955253

Dt Entrada: 18/10/2020

Dt Alta:

07/11/20 13:38H5

Acomodação:

U.T.I:

Unidade:

106

Plano de Saúde:

Nome:

UNIMED

Empresa:

GIH:

Autorização:

132181958

Cód. Usuário:

00630020053821874

Responsáveis:

Nome: Jucinara Mota Castro

Endereço: AV EXPEDICIONARIOS - FATIMA Torre 1 Ap

RG: 2000002332958

CNPJ: 96287675349

Parentesco:

Telefone 2: (85) 996392723

Telefone 3: 996392723

Telefone 4: não digitado

AUDITADO
18/11/20
ALINE

Nome:

Endereço:

RG:

CNPJ:

Parentesco:

Telefone:

Celular:

Telefone 2:

Queixa Principal:

FATURAMENTO UNICLINIC

RECEBIDO EM:

16/11/2020

HDA:

Ra

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(s) Lucas Mota Castro Rodrigues, CNPJ nº 08433800396, aqui declarado, internado neste Hospital, assume, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos, materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessários durante o período de internação, desde que antes não sejam cobertos por seu plano de saúde, afirma também ter conhecimento que o Hospital Uniclínica não se responsabiliza por valores em dinheiro e objetos pessoais deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não havendo, desta forma, qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a sua permanência no mesmo.

Responsável pelo Atendimento

Vander Veras Vieira

Paciente ou Responsável

UNICLINIC
ONFRE COM C
ORIGINAL

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente	Lucas Mota Castro Rodrigues	Idade	18/10/2020 18:51	Atendimento	1731315
Identidade	2006014114119	CPF	08433800396	Telefone 1	997955253
Data Nascimento	02/03/1998	Idade	22 Anos	Telefone 2	não digitado
Endereço	AV EXPEDICIONARIOS , 3368	Bairro	FATIMA	Sexo	Masculino
Internação		Apto / Leito	U.T.I / 106	CEP	60.000-000
Convênio	UNIMED	Cód. Usuário	00630020053821874	Clinica	Médica
Guia		Senha	132181958	Dr. Validade	30/04/2021
Médico	Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)				

Responsável	Jucinara Mota Castro	Telefone 3	996392723
Identidade	20000023329582	Telefone	(85)996392723
Endereço	AV EXPEDICIONARIOS - FATIMA	CEP	60000000

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO

Autorizo a equipe médica do Hospital Uniclínica, a prestar atendimento médico-hospitalar e/ou cirúrgico ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, assim como encaminhar para exames complementares qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessária para esclarecimento diagnóstico ou tratamento, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários para o meu atendimento.

Fui informado quanto a proposta de tratamento(s), assistência clínica, medicamento(s) ou procedimento(s) (exames e cirurgias) a(s) qual(is) serei submetido. Fui informado ainda que os benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica, sendo a mim concedida a oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre e esclarecido.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o tratamento / assistência clínica / procedimento ou realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Fui esclarecido das limitações do contrato como beneficiário de plano de saúde, estando ciente que o simples fornecimento de guia/senha de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio. O hospital não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre mim e a Operadora de Planos de Saúde e havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, o hospital poderá cobrar os valores devidos diretamente a mim e/ou ao meu responsável, pela tabela própria, a qual se encontra à disposição para consulta na administração.

PROIBIÇÃO DO INGRESSO DE ARMAS NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL

Declaro para os devidos fins que tenho ciência da proibição do Hospital Uniclínica para com o ingresso de qualquer tipo de arma, branca ou de fogo, nas suas dependências. Afirmando que no momento da minha internação não estou portando qualquer espécie de arma, e que mesmo que possua porte de arma devidamente legalizado, não portarei qualquer espécie de arma durante minha estadia nas dependências do Hospital Uniclínica.

TERMO DE CIÊNCIA DE COBRANÇA INDEVIDA

O Hospital Uniclínica vem por meio deste, informar que toda e qualquer solicitação de pagamento, acertos de materiais e procedimentos que não sejam contemplados pelo plano de saúde ou oriundos de internações particulares, serão realizados exclusivamente de forma presencial, junto a tesouraria do Hospital e nunca através de ligações e/ou transferências bancárias de pessoa física.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Hospital Uniclínica (Atendente)

Responsável

Paciente

Testemunha 1

CPF

UNICLINICA
CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 18/10/20

DATA: 28/10/20

André G. de S. Vitorino
28/10/20 *lêm*

Nome do Paciente: Lucas Melo C. Rodrigues

Enf. Aplo:

Leito:

Médico:

Credenciamento:

Internamento:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

MATERIAL UTILIZADO

1) Data 02/10
2) Dipirona 2 18 AD EV
Cellul
3) Catepina 100 - 2 + 100 - 2 STC, 91.
EV 12/12/18
4) Insulina 100 - 2 + 100 - 2 STC, 91. EV
8/8h SN
5) Planol 2 18 AD EV 8/8h SN
6) SSV + CCGG
7) Enfermagem mobiliza carter

Ser. 20cc

Ser. 10cc

Ser. 5cc

Agulha 40/12

Agulha 13/4,5

Equipo

Equipo c lat.

Soro Físio. 100ml

Soro Glico. 100ml

Abd 500ml p/02

S. Aspiração

BOMBA DE INFUSÃO

OXIGÊNIO

MED. LIG. DES. LIG.

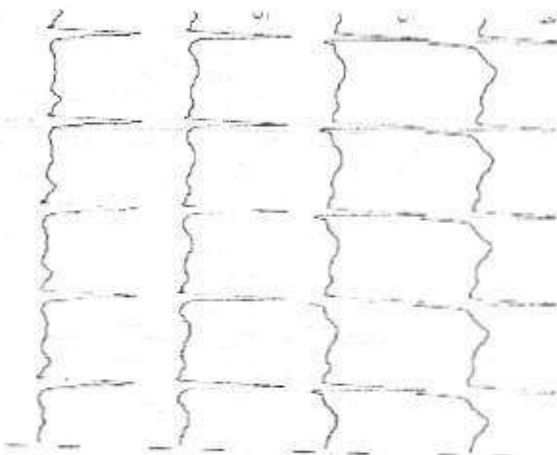
DES.

GLICEMIA

HORA VALOR INSULINA

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

UNICLINIC
UTI ADULTO



0,15-100 Hz

100B CL

P2

100B CL

P2

Freq	99	QT	297	QTc	434	P	57
PR	161					QRS	87
QRSD	86					T	-16

INTERPRETAÇÕES

- Unconfirmed Diagnosis
- Taquicardia sinusal
- freq > 99
- Provável dilatação do átrio esquerdo
- P > 50 ms, < 0,10 mV V1
- Alteração da repolarização limítrofe
- Qifra ST e T alter
- Supra do ST, consid padrão de repol precoce normal
- Supra ST, < 55 anos

Lucas melo e rods
Mx 02/05/1998 22 Anos
Sex: masculino
Mot: castro
Rodrigues
Masc
Elev: posteriormente padrão

18/10/2020 21:23:49

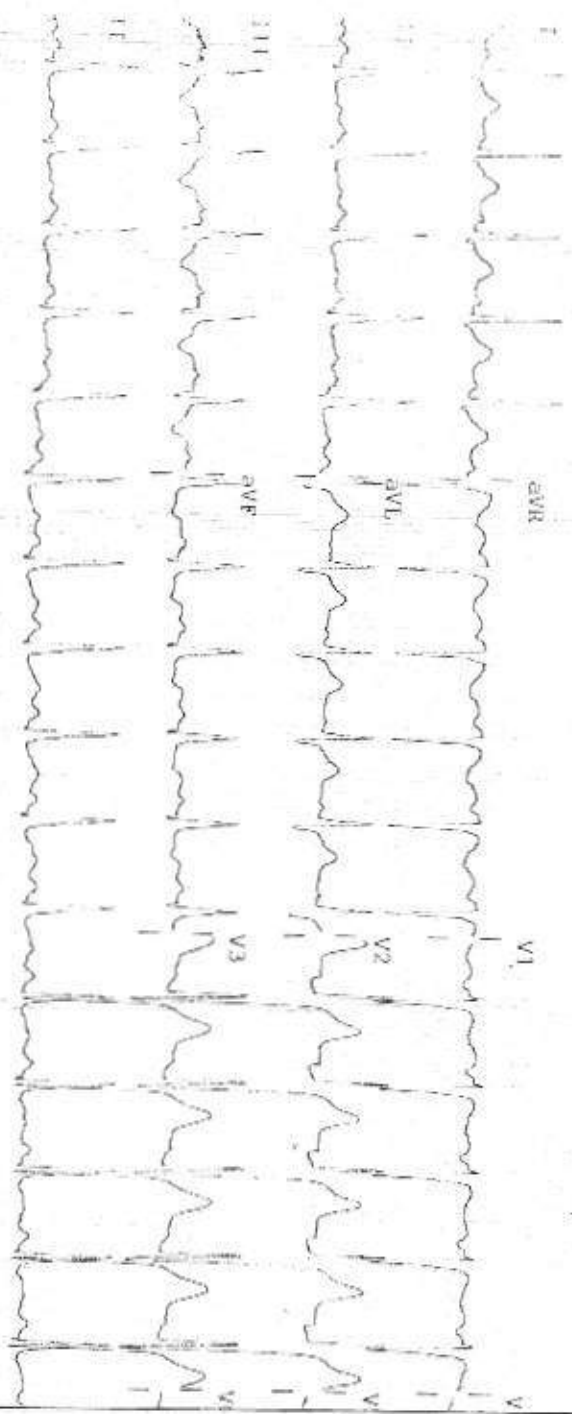


Fig. 3: 240.000.000 Veloc: 25 mm/s
Pendr: 10 mm/mV
Torax: 10 mm/mV

F 6

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

2394923



Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nasco: 02/03/1998 22a 7m 16d
Data Entrada: 18/10/2020 18:51:54

Atendimento: 1.731.315
Convênio: UNIMED / ENFERMARIA
Data Presc: 18/10/2020 20:35:15

106

Médico Resp: Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Dietas	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
--------	------	-----------	------------	-------------------

Soluções
Vol. 1000ml/24h a 42ml/h em Bomba de Infusão

Soro Ringer C/Lactato Fr 500ml 500 ml

Medicamentos: Dose/Intervalo / Via Horários

1 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/Im 1 amp Intermitente ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 18 Mililitros de Agua Destilada Amp 20ml Ev

DILUIR EM 18 CC AD - EV 1 amp Intermitente ACM

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev 1 amp Intermitente ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Fr 100ml

Administrar em 30 minutos

SE DOR INTENSA. DILUIR EM 250 ML SF EV S/N

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev 1 amp 8/8 h IV 22

Separar 2 Mililitros do medicamento em 18 Mililitros de Agua Destilada Amp 20ml Ev

DILUIR EM 18 CC AD - EV 1 FA 1x ao dia IV

4 Paroloprazol 40mg Po Fa Ev 1 FA 1x ao dia IV

Recomendações Intervalo Horários

VIGILANCIA NEUROLÓGICA 22:00

PUNÇÃO COM JELCO S/N 22:00

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE 22:00

Monitor cardíaco 20:10
e aferido de pulso 20:50
a OX após 20:50

Renato O. Mota
CPF: 154.590.233-08
CRM: 4867

Renato O. Mota
CPF: 154.590.233-08
CRM: 4867

Elis Regina

01.23

Renato O. Mota
CPF: 154.590.233-08
CRM: 4867

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

PACIENTE: <u>Lucas Neto Castro</u>		ATENDIMENTO:	CONVÊNIO:	
EIXO DE CUIDADO	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM		
TEMPO/ESPAÇO	() Observar nível de consciência	8	12	16 20 24 4
	() Manter vigilância	SEMPRE		
MOBILIDADE	() Estimular mudança de decúbito	SEMPRE		
	() Realizar mudança de decúbito*	9	12 15	18 21 24 3 6
	() Manter repouso	SEMPRE		
	() Manter cabeça elevada a 30°	SEMPRE		
	() Elevar membros a °	MANTER		
	() Realizar contenção se agitação	SN		
	() Manter grades de proteção da cama elevadas	SEMPRE		
HIGIENE	() Banho no leito	Manhã()	Tarde()	Noite()
	() Oral com clorexidine aquosa	M	T	N
	() Ocular com SF a 0,9%	M	T	N
	() Íntima	SN		
CONDIÇÕES DA PELE	() Realizar hidratação da pele	M	T	N
	() Proteger proeminência óssea	SEMPRE		
	() Avaliar risco de Úlcera por Pressão	No Banho: (Informar turno)		
	() Realizar curativo.	SN		
	Local: Usar:			
ALIMENTAÇÃO	() Manter a cabeça a 45° ou 60° durante a dieta	9	12 15	18 21 24 3 6
	() Avaliar posição de sonda antes de instalar dieta	SEMPRE		
	() Controlar gotejamento das dietas	9	12 15	18 21 24 3 6
	() Lavar a SNG/SNE/GTT após as dietas	9	12 15	18 21 24 3 6
	() Instalar dieta em BIC e anotar vazão no BH	()h		
	() Avaliar RG antes de administrar a dieta em caso de reiniciar	SEMPRE		
	() Estimular ingestão de alimento por via oral	SN		
	() Medir e anotar RG	Anotar no Balanço Hídrico Diário		
	() Renovar fixação de sonda	APÓS O BANHO		
OXIGENAÇÃO	() Manter vias aéreas pervias	SEMPRE		
	() Observar perfusão periférica	8	12	16 20 24 4
	() Observar padrão respiratório	SEMPRE		
	() Manter nível de água no umidificador do VM	SEMPRE		
	() Trocar látex, máscaras e kits de NBZ	1XDIA		
	Aspirar secreções: ()TOT ()TQT VAS()	8	11 14	17 20 2 3 2 5
ACESSO VENOSO	() Observar sinais de infiltração	SEMPRE		
	() Observar sinais de flebite	SEMPRE		
	() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas	Informar data próx. Troca:		
	() Controlar gotejamento em infusão livre	SEMPRE		
	() Trocar conexões e equipos simples	T		
	() Trocar equipo BIC a cada 72h	(M) e informar próx. troca:		
ELIMINAÇÕES	() Registrar em BH diurese	ROTINA		
	() Registrar em BH evacuações	ROTINA		
	() Mensurar drenos. Tipo:			
	() Mensurar drenos. Tipo:			
CUIDADOS ESPECIAIS				

(*)Será utilizado DISCO DE MUDANÇA DE DECÚBITO para orientar horário de rodízio dos decúbitos.

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro(a) Responsável:

UNICLINIC
ONFERE COM C
ORIGINAL

BALANÇO HÍDRICO

Balanço Cumulativo do Dia
Anterior:

PACIENTE: **Lucas Mota Castro** IDADE: **22** ATENDIMENTO: **1.731.315** LEITO: **106** DATA: **18/10/20**

HORA	TEMPERATURA (°C)	FC (Bpm)	FR (lpm)	PA (mmHg)	PAM (mmHg)	GLICEMIA (mg/dL)	INSULINA (UI)	PVC (cmH2O)	PIC	B1	B2	B3	B4	B5	HIDRATAÇÃO VENOSA	N. PARENTERAL	DROGAS	MEDICAÇÕES	SNE/ERG	DIETA ORAL/ÁGUA	HEMODERIVADO	DIURESE	EVACUAÇÕES	RESÍDUO. GAST.	DRENOS	HD	BALANÇO PARCIAL	ASSINATURA e CARIMBO
07:00																												
08:00																												
09:00																												
10:00																												
11:00																												
12:00																												
SUB-TOTAL																												
13:00																												
14:00																												
15:00																												
16:00																												
17:00																												
18:00																												
19:00																												
20:00	36.6	121	20	142	85	104	134																					
21:00																												
22:00	37.1	130	19	139	84	102																						
23:00																												
00:00	37.5	102	19	124	76	93																						
SUB-TOTAL																												
01:00																												
02:00	37.1	100	20	140	76	100																						
03:00																												
04:00	37.1	103	19	135	80	99																						
05:00																												
06:00	37.1	102	18	154	85	108																						
SUB-TOTAL																												
TOTAL																												

UNICLINIC

CONFERE COM O ORIGINAL

2

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

Ente

Aux

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

BALANÇO PARCIAL

ASSINATURA e CARIMBO

Ent: *[Assinatura]*
Aux: *[Assinatura]*
FARMACIA - 938125

Ent: *[Assinatura]*
Aux: *[Assinatura]*
FARMACIA - 938125

LEGENDA PARA INRSÕES INTERMITENTES E CONTÍNUAS: I = IM, DE SOLUÇÃO F = FIM DE SOLUÇÃO P = PAUSA NA SOLUÇÃO

HORA	ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA							
	Modalidade de Ventilação	Ligado	Desligado	Modificado Para	PEEP	FLUXO	FIO ₂	SpO ₂
07:00								
08:00								
09:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00	A A							100%
21:00								
22:00	A A							100%
23:00								
00:00	A A							100%
01:00								
02:00	A A							100%
03:00								
04:00	A A							100%
05:00								
06:00	A A							100%

LEGENDA: MODALIDADE DE VENTILAÇÃO

MV: VENTILAÇÃO MECÂNICA;

MV: MÁSCARA DE VENTURI

MR: MÁSCARA RESERVATÓRIO A 100%;

CN: CATETER NASAL (L/min)

GASOMETRIA

OXIGÊNIO		AR COMPRIMIDO	
LIG	DESL.	LIG.	DESL.

BOMBA DE INFUSÃO

MEDICAMENTOS	LIG.	DESL.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente **Lucas Mota Castro Rodrigues**
 Data Nascto. 02/03/1998 22 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 996392723
 Leito 106

Atendimento 1.731.315
 Prontuário 478.380
 Dt. Entrada 18/10/2020 18:51:54
 Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2020 20:33	18/10 23:59	Enfermeiro	Evolução		Leandra Velyne Cardozo Martins	

Enfermeiro(a): Leandra Velyne Cardozo Martins

Data Internação: 18/10/2020 18:51:54

ADMISSÃO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - 18/10/2020

- Nível de consciência/orientação: Consciente, orientado
- Locomoção: Em maca
- Padrão respiratório: Ar ambiente
- PA: 132x89 mmHg
- Dieta: Vo em zero
- Incisão cirúrgica: Sem
- Venoclise e disposição de Infusão : AVP EM MSE
- Lesões : Face (escoriação)
- Eliminações urinárias e fecais: Espontânea
- Queixas: Sem
- Perfusão: Eficaz

Às 20:10 h paciente admito na UTI proveniente da emergência. HD: TCE

Paciente consciente, orientado. Em ar ambiente.

Durante admissão visualizado pontos de sutura em palpebra D

Não visualizado globo ocular por edema, periorbital.

Realizado glicemia capilar de admissão

Mantendo colar cervical

Mantendo dieta zero até segunda ordem

Mantendo acesso venoso periférico em membro superior esquerdo.

Realizado ECG de admissão

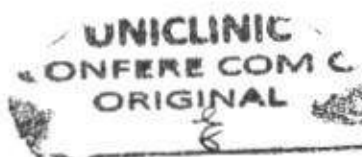
Resposta espontânea. Evacuações ausentes

Em vigilância neurológica a cada 2 horas

Pendência

Parecer do neurologista

Leandra Velyne Cardozo Martins / 419784



Leandra Velyne Cardozo Martins
 COF. 419.784-ENF

FOLHA DE GASTOS HOSPITALARES - UTI

Nome:

João Roberto

Leito: *106*

Convênio:

Unimed

Data: *15.10.10*

Material	M	T	N	Total	Material	M	T	N	Total
Abocath nº					Luva Estéril nº 7,0				
ABD 20ml	<i>02</i>				Luva Estéril nº 7,5				
ABD 500ml					Luva Estéril nº 8,0				
Aguilha Descartável 40x12	<i>03</i>				Luva Procedimento				
Alcool 70% ml					Micropore cm				
Algodão gr					Seringa 1ml				
Algodão Ortopédico gr					Seringa 3ml				
Atadura Crepom cm					Seringa 5ml				
Cateter Nasal					Seringa 10ml				
Cateter Venoso Central Duplo Lumen					Seringa 20ml				
Cateter Venoso Central Single Lumen					S.F. a 0,9% 10ml				
Clorexidina Alcolólica ml					S.F. a 0,9% 100ml				
Clorexidina Aquosa ml					S.F. a 0,9% 250ml				
Clorexidina Degermante ml					S.F. a 0,9% 500ml				
Clorexidina Tópica ml					S.F. 1:1 500ml				
Coletor de Urina (Sistema Aberto)					S.G. a 5% 100ML				
Coletor de Urina (Sistema Fechado)					S.G. a 5% 250ML				
Cone Luer					S.G. a 5% 500ML				
Eletrodo	<i>10</i>				SRL 500ml				
Equipo Macrogotas Simples					Sonda Aspiração Traqueal nº				
Equipo BIC	<i>05-hr</i>				Sonda Nasogástrica nº				
Equipo BIC Fotossensível					TQT nº				
Esparadrapo Impermeável cm					TQT nº				
Espátula					TQT nº				
Eter ml					Torneira 3 Vias				
Extensor					Xilocalina Geleia gr				
Fita Adesiva Hospitalar cm					BIC NA a 8,4% 10ml				
Fita de Glicemia	<i>01</i>				Glicose a 50% 10ml				
Gaze Acolchoada					GLUC CA a 10% 10ml				
Gaze Simples 7,5x7,5					KCL a 10% 10ml				
Lanceta	<i>01</i>				MGSO4 a 50% 10ml				
Lâmina de Bisturi nº					NACL a % 10ml				
					Aguilha Descartável				
					Aguilha Descartável				

UNICLINIC
CONFERE COM C
ORIGINAL

FOLHA DE GASTOS DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES - UTI

CURATIVO HD BANDEJA DE CURATIVO ESTÉRIL: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml GAZE SIMPLES: 20 GORRO: 1 LUVAS PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 MICROPORE: 20cm S.F 0,9% 10ml/3	PAM AGULHA 25x7: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 30ml FIO MONITOR Nº 3 Ø 1 GAZE SIMPLES: 30 GORRO: 1 CATETER SINGLE LUMEN HEPARINA: 1ml ABOCATHI Nº: 1 KIT PAM: 1 LÂMINA DE BISTURI: 1 LUIVA ESTÉRIL Nº: 1 PAR MÁSCARA: 1 MICROPORE: 20cm SERINGA 10ml: 1 S.F 0,9% 500ml: 1 XILOCAÍNA SV: 10ml	CATERISMO VISUAL DEMORA ABD 10ml: 02 AGULHA 40x12: 01 BANDEJA DE CATE VESICAL CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 1 GAZE SIMPLES: 20 GORRO: 1 LUIVA ESTÉRIL Nº: 1 MÁSCARA: 1 SERINGA 200cc: 01 SONDA FOLLEY 2 VIAS Nº: 1 SONDA FOLLEY 3 VIAS Nº: 1 XILOCAÍNA GEL: 5gr	CATERISMO VISUAL ALÍVIO BANDEJA DE CATE VESICAL: 1 CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml GAZE SIMPLES: 20 GORRO: 1 LUIVA ESTÉRIL Nº: 1 MÁSCARA: 1 SACO COLETOR ABERTO: 1 SONDA URETRAL Nº: 1 XILOCAÍNA GEL: 5gr	CATERISMO GÁSTRICO ESPARADRAPO: 10cm ETER: 10ml GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUIVA ESTÉRIL: 1 MÁSCARA: 1 SERINGA 20ml: 1 SONDA SNG Nº: 1 XILOCAÍNA GEL: 5gr RETIRAR SNG GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUIVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 SERINGA 20ml: 1	PUNÇÃO PERIFÉRICA ALGODÃO: 15g CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml ESPARADRAPO: 15cm EXTENSO 20cm: 1 JELCO Nº 20: 1 LUIVA PROCEDIMENTO: 1par SERINGA 10ml: 1 S.F 0,9% 10ml: 1 RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO ALGODÃO: 15g BLOND STOP: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml LUIVA PROCEDIMENTO: 1par AQUECER Membros ALGODÃO ORTOPÉDICO: 20cm ATADURA CREPON 15cm: 2 LUIVA PROCEDIMENTO: 1par TROCA DE SELO D'ÁGUA ABD 500ml: 1 LUIVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1	CURATIVO DE SACRA CURATIVO ESTÉRIL: 1 CURATIVO ESPECIAL GAZE SIMPLES: 10 LUIVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 MICROPORE: 40cm S.F 0,9% 10ml: 5	OUTRO CURATIVO CURATIVO ESTÉRIL: 1 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml CURATIVO ESPECIAL GAZE SIMPLES: 10 LUIVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1 MICROPORE: 40cm S.F 0,9% 10ml: 5	CURATIVO CONVENCIONAL GAZE SIMPLES: 10 MICROPORE: 15cm S.F 0,9% 10ml: 1 LUIVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1	CURATIVO CONVENCIONAL GAZE SIMPLES: 10 MICROPORE: 15cm S.F 0,9% 10ml: 1 LUIVA PROCEDIMENTO: 1par MÁSCARA: 1	TROCA DE TOT GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUIVA ESTÉRIL Nº: 1 MÁSCARA: 1 SERINGA 20ml: 1 TOT Nº: 1 TRAQUEFIX: 1 XILOCAÍNA GEL: 5gr CURATIVO TOT GAZE SIMPLES: 15 GORRO: 1 LUIVA PROCEDIMENTO: 3 MÁSCARA: 1 S.F 0,9% 10ml: 3 CURATIVO GTT GAZE SIMPLES: 10 MICROPORE: 30cm LUIVA PROCEDIMENTO: 1 MÁSCARA: 1 S.F 0,9% 10ml: 1 GASTO DO ORBITO ALGODÃO: 80gr ESPARADRAPO: 40cm GORRO: 1 LINCOL DESCARTÁVEL: 2 LUIVA PROCEDIMENTO: 1 MÁSCARA: 1 INSTALAR/TROCAR KIT TRACH CARE GAZE SIMPLES: 10 GORRO: 1 LUIVA ESTÉRIL Nº: 1 LUIVA PROCEDIMENTO: 1 MÁSCARA: 1 TRACH CARE Nº: 1	OUTROS:
--	---	---	---	---	---	--	--	--	--	---	-----------------------



Paciente: **Lucas Mota Castro Rodrigues**

Data Nascimento: **02/03/1998** 22a 7m 16d

Data Entrada: **18/10/2020 18:51:54**

Médico Resp: **Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)**

Atendimento: **1.731.315**

Convênio: **UNIMED / ENFERMARIA**

Data Presc: **19/10/2020 12:00:00**

Prontuário: **478.380**

Dieta: Branda **Dose:** **Intervalo:** **Observação:** **Descrição Técnica:**

Soluções

1 Vol. 1000ml/24h a 42ml/h em Bomba de infusão

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml

500 ml

amp 3x/dia

Medicamentos

1 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/Im

Dose / Intervalo / Via **Horários**

ACM

2° S

Separar 2 Mililitros do medicamento em 18 Mililitros de Agua Destilada Amp 20ml Ev

DILUIR EM 18 CC AD - EV

1 amp Intermitente

ACM

2° S

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev
Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Fr 100ml
Administrar em 30 minutos

SE DOR INTENSA. DILUIR EM 250 ML SF EV S/N

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

22

06

2° S

Separar 2 Mililitros do medicamento em 18 Mililitros de Agua Destilada Amp 20ml Ev

4 Pantoprazol 40mg Po Fa Ev
DILUIR EM 18 CC AD - EV.

1 FFA 1x ao dia IV

06

2° S

Recomendações

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

ATT.

Horários

PUNÇÃO COM JELCO S/N

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE

Conto 10g 1x ao dia - por ferimento

Fisioterapia 2x/m 2x/dia

Monitor + Oximetro

Fluconazol 400mg

Sufamada 500mg + Oximetro

Medicamento + Oximetro

Medicamento + Oximetro

Medicamento + Oximetro

Name: David Lee Robinson

Convênio: Unimig

Data:

1910. 222

Material	Total
Água para injeção 10ml	3
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4.5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	5
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotosensível	1
Equipo simples	3+3
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes acalchoada	
Gazes simples	
Irurol	
IV 3000	
Luva estéril	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	3
Seringa 10cc	1
Seringa 5cc	1
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0.9% 100ml	1
SF 0.9% 250ml	
SG 5.0% 250ml	
Tomeira Tiro Way	
Cone-lun	

UNICLINICA
CONFERE COM O ORIGINAL

BALANÇO HÍDRICO

Balanco Cumulativo do Dia
Anterior: 19/10/20

NOME: Adriana Maria Castro Rodrigues IDADE: 22 ATRIBUIÇÃO: 22
 LEITO: 106 DATA: 19/10/20

HORA	TEMPERATURA (°C)	FC (Bpm)	FR (lpm)	PA (mmHg)	PAM (mmHg)	GLICEMIA (mg/dL)	INSULINA (UI)	PVC (cmH2O)	PIC	B1	B2	B3	B4	B5	HIDRATAÇÃO VENOSA	N.PARENTERAL	DROGAS	MEDICAÇÕES	SNE\SNO	DIETA ORAL \ ÁGUA	HEMODERIVADO	DIURESE	EVACUAÇÕES	RESÍDUO. GAST.	DRENOS	BALANÇO PARCIAL	ASSINATURA e CARIMBO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
07:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
08:00	36,5	98	19	162/83	106					42					84					400		500	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
09:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
10:00	36,6	96	20	165/82	104					42					84					400			-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
11:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
12:00	36,4	99	22	82/76	405					42					84					400			-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
SUB-TOTAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
13:00															052					900		500																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
14:00	36,5	89	19	162/82	100					42					84																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
15:00																				250																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
16:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
17:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
18:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
19:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
20:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
21:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
22:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
23:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
00:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SUB-TOTAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
01:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
02:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
03:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
04:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
05:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
06:00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SUB-TOTAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
UNICLINIC CONFERE COM ORIGINAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

UNICLINIC
CONFERE COM ORIGINAL

652

Maria
 Maria
 Maria

LEGENDA PARA INFUSÕES INTERMITENTES E CONTÍNUAS: I = INÍCIO DE SOLUÇÃO F = FIM DE SOLUÇÃO P = PAUSA NA SOLUÇÃO
 PESO: TOTAL IMFUNDIDO: TOTAL EXAMINADO: BALANÇO FINAL:

HORA	ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA							
	Modalidade de Ventilação	Ligado	Desligado	Modifco Para	PEEP	FLUXO	FIO ₂	SpO ₂
07:00								
08:00	AA							100 %
09:00								
10:00	AA							100 %
11:00								
12:00	AA							99 %
13:00								
14:00	AA							100 %
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
00:00								
01:00								
02:00								
03:00								
04:00								
05:00								
06:00								

LEGENDA: MODALIDADE DE VENTILAÇÃO

MV: VENTILAÇÃO MECÂNICA ;

MV: MÁSCARA DE VENTURI

MR: MÁSCARA RESERVATÓRIO À 100%;

CN: CATETER NASAL (L/min)

GASOMETRIA			
OXIGÊNIO		AR COMPRIMIDO	
LIG	DESL.	LIG.	DESL.

BOMBA DE INFUSÃO		
MEDICAMENTOS	LIG.	DESL.

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

TOLHA DE GASTOS HOSPITALARES - UTI

Nome: *Lucas Roberto Rodrigues*

Convênio:

Data: *19/10/20*

Material	M	T	N	Total	Material	M	T	N	Total
Abocath nº					Luva Estéril nº 7,0				
ABD 20ml					Luva Estéril nº 7,5				
ABD 500ml					Luva Estéril nº 8,0				
Aguilha Descartável 40x12					Luva Procedimento				
Alcool 70% ml					Micro pore cm				
Igódio gr					Seringa 1ml				
Algodão Ortopédico gr					Seringa 3ml				
Atadura Crepom cm					Seringa 5ml				
Cateter Nasal					Seringa 10ml				
Cateter Venoso Central Duplo Lumen					Seringa 20ml				
Cateter Venoso Central Single Lumen					S.F a 0,9% 10ml				
Clorexidina Alcoólica ml					S.F a 0,9% 100ml				
Clorexidina Aquosa ml					S.F a 0,9% 250ml				
Clorexidina Degermante ml					S.F a 0,9% 500ml				
Clorexidina Tópica ml					S.F 1:1 500ml				
Coletor de Urina (Sistema Aberto)					S.G a 5% 100ML				
Coletor de Urina (Sistema Fechado)					S.G a 5% 250ML				
Cone Luer					S.G a 5% 500ML				
Eletrodo					SRL 500ml				
Equipo Macrogotas Simples					Sonda Aspiração Traqueal nº				
Equipo BIC					Sonda Nasogástrica nº				
Equipo BIC Fotossensível					TOT nº				
Esparadrapo Impermeável cm					TOT nº				
Espátula					Tomeira 3 Vias				
Eter ml					Xilocalina Geleia gr				
Extensor					BIC NA a 8,4% 10ml				
Fita Adesiva Hospitalar cm					Glicose a 50% 10ml				
Fita de Glicemia					GLUC CA a 10% 10ml				
Gaze Acolchoada					KCL a 10% 10ml				
Gaze Simples 7,5x7,5					MGSO4 a 50% 10ml				
Lanceta					NACL a % 10ml				
Lâmina de Bisturi nº					Aguilha Descartável x				
					Aguilha Descartável x				

UNICLINIC
CONFERE COM ORIGINAL

PACIENTE:		ATENDIMENTO:		CONVÊNIO:								
EIXO DE CUIDADO		AÇÕES DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO DE ENFERMAGEM								
TEMPO/ESPAÇO				8	12	16	20	24	4			
MOBILIDADE	() Observar nível de consciência			SEMPRE								
	() Manter vigilância			SEMPRE								
	() Estimular mudança de decúbito			9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Realizar mudança de decúbito(*)			SEMPRE								
	() Manter repouso			SEMPRE								
	() Manter cabeceira elevada a 30°			SEMPRE								
	() Elevar membros _____ a _____°			SEMPRE								
HIGIENE	() Realizar contenção se agitação	SN		SEMPRE								
	() Manter grades de proteção da cama elevadas			SEMPRE								
	() Banho no leito	Manhã() Tarde() Noite()										
	() Oral com clorexidina aquosa	M		T								
CONDIÇÕES DA PELE	() Ocular com SF a 0,9%	M		T								
	() Íntima	SN		N								
	() Realizar hidratação da pele	M		T								
	() Proteger proeminência óssea			SEMPRE								
ALIMENTAÇÃO	() Avaliar risco de Úlcera por Pressão	No Banho: (Informar turno)										
	() Realizar curativo.	SN										
	Local: _____ Usar: _____											
	() Manter a cabeceira a 45° ou 60° durante a dieta			9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Avaliar posição de sonda antes de instalar dieta			SEMPRE								
	() Controlar gotejamento das dietas			9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Lavar a SNG/SNE/GTT após as dietas			9	12	15	18	21	24	3	6	
	() Instalar dieta em BIC e anotar vazão no BH	() h										
	() Avaliar RG antes de administrar a dieta em caso de reiniciar			SEMPRE								
	() Estimular ingestão de alimento por via oral	SN										
OXIGENAÇÃO	() Medir e anotar RG	Anotar no Balanço Hídrico Diário APÓS O BANHO										
	() Renovar fixação de sonda			SEMPRE								
	() Manter vias aéreas pervias			8	12	16	20	24	4			
	() Observar perfusão periférica			SEMPRE								
	() Observar padrão respiratório			SEMPRE								
	() Manter nível de água no umidificador do VM			SEMPRE								
	() Trocar látex, máscaras e kits de NBZ			1XDIA								
ACESSO VENOSO	Aspirar secreções: () TOT () TQT VAS()			8	11	14	17	20	2	3	2	5
	() Observar sinais de infiltração			SEMPRE								
	() Observar sinais de flebite			SEMPRE								
	() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas			Informar data próx. Troca:								
	() Controlar gotejamento em infusão livre			SEMPRE								
	() Trocar conexões e equipos simples			T								
ELIMINAÇÕES	() Trocar equipo BIC a cada 72h	(M) e informar próx. troca:										
	() Registrar em BH diurese			ROTINA								
	() Registrar em BH evacuações			ROTINA								
	() Mensurar drenos. Tipo:											
CUIDADOS ESPECIAIS	() Mensurar drenos. Tipo:											

(*)Será utilizado DISCO DE MUDANÇA DE DECÚBITO para orientar horário de rodízio dos decúbitos.

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro(a) Responsável

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente	Lucas Mota Castro Rodrigues	Atendimento	1.731.315
Data Nascto.	02/03/1998 22 Anos	Prontuário	478.380
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	18/10/2020 18:51:54
Telefone	996392723	Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	106		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2020 08:18	19/10 12:29	Enfermeiro	Evolução		Leandra Velyne Cardozo Martins	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Leandra Velyne Cardozo Martins

Evolução Diária - Manhã - 19/10/2020

Diagnóstico: TCE

- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso (PA:153X83mmhg); Normocárdico (FC:98bpm); Normosaturando (SpO2:100%); Afebril (T:36,5°C).
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos:

Condutas/Intercorências

Paciente evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. Em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.

Mantendo monitorização cardíaca + oximetria de pulso contínua.

Mantendo CVP em MSE, funcionando. HV em curso.

Realizado banho no leito + higiene oral + massagem de conforto

R: Tratado curativo convencional + AGE em região periorbital, com pontos de sutura íntegros e apresentando pequena quantidade de escoriações.

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.

Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.

Em vigilância neurológica a cada 2 horas.

Realizado parecer do neurologista no período.

Segue sob cuidados intensivos.

Pendências

Leandra V. Cardozo Martins
COREN-CE 419.784-ENF

Leandra Velyne Cardozo Martins / 419784

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

[Assinatura]

Evolução Paciente

Paciente	Lucas Mota Castro Rodrigues	Atendimento	1.731.315
Data Nascto.	02/03/1998 22 Anos	Prontuário	478.380
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	18/10/2020 18:51:54
Telefone	996392723	Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	106		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Talita Nascimento de Sousa	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Talita Nascimento de Sousa Enfermagem

Evolução Tarde - 19/10/2020

- Diagnóstico: TCE

Especialidade: Clínico e cirúrgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso (PA:153X83mmHg); Normocárdico (FC:98bpm); Normosaturando (SpO2:100%); Afebril (T:36,5°C).
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Paciente evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. Em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.

Mantendo monitorização cardíaca + oximetria de pulso contínua.

Mantendo CVP em MSE, funcionando. HV em curso.

Realizado higiene oral + massagem de conforto

Mantendo curativo convencional + AGE em região periorbital, íntegro

Di por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.

Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.

Em vigilância neurológica a cada 2 horas.

Às 15:50 pte de alta para Posto 06 (leito 605-2)

Pendências

Av bucomacilo (particular)



Talita Nascimento de Sousa / COREN 540745

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL


Paciente: **Lucas Mota Castro Rodrigues**
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478.380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva Maciel	

Paciente: **Lucas Mota Castro Rodrigues**
 Enfermeiro(a): **GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL**

Evolução ADMISSÃO TARDE - 19/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirúrgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Às 16 h paciente admitida no posto 6 proveniente da UTI
 Evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. Em ar ambiente
 Pontos de sutura em pálpebra D, globo ocular com edema periorbital.
 Mantendo CVP em MSE, funcionante. HV em curso.
Mantendo curativo convencional + AGE em região periorbital, íntegro
 Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.
 Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.
 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Pendências

Aq av bucomacilo



GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478 380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva Maciel	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL

Evolução SN- 19/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirúrgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. Em ar ambiente.
 Pontos de sutura em pálpebra D. globo ocular com edema, periorbital.
 Mantendo CVP em MSE, funcionante. HV em curso.

Mantendo curativo convencional + AGE em região periorbital, integro

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.
 Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.
 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

às 21:30 Instalado colar cervical e p.m

Idências
 Av bucomacil



GESSILENE ANTONIA DA SILVA MACIEL

Uniao de Clínicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

2395669



Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascido: 02/03/1996 22a 7m 17d
Data Entrada: 18/10/2020 18:51:54
Médico Resp: Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento: 1.731.315
Convênio: UNIMED / ENFERMARIA
Data Presc.: 20/10/2020 12:00:00

Prontuário: 478.380

605 2

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Dieta: *dieta pastosa*

Descrição Técnica

Soluções

1 Vol. 500ml/24h a 7qdm

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml

500 ml

Medicamentos

1 Digiprona 500mg/ml Amp 2ml Ev/Im

Dose / Intervalo / Via
1 amp Intermitente ACM

dieta líquida

18

24

26

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp SN IV

SN

dieta líquida

18

24

26

DIL UIR 1AMP+250ml SF0,9% EV.
SE DOR INTENSA

dieta líquida

18

24

26

DIL UIR 2ml+18ml AD EV.

1 TFA 1x ao dia IV

06

06

1º S

4 Paratolol 40mg Po Fa Ev
NÃO FAZER GENCICO.

dieta líquida

Horários

Material

Dia/Hora

20 12:00

2 Fisioterapia Respiratória

2x

12:00

20 12:00

3 Glicemia Capilar - (glicose)

4x

22 06:00

22 08:00

22 10:00

22 12:00

20 12:00

4 Curativo Medico

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE

+ compresso adesivo

3x/d

Material

22

22

Recomendações

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

ATT

PUNÇÃO COM JELCO S/N

MANTER

SSV-CCGG

ROTINA

dieta líquida

Material

22

22

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Lucas Mata Castro Rodrigues

DATA: 00/10/20

POSTO: 06

CONVÊNIO: UNIMED

UNICLINIC
ENFERMAGEM COM C
ORIGINAL

LEITO: 605-2

TURNO: MT

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi

%

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações: 18h - Pte a apresentando edema + hemia
tema em face. Paciente orientado, SVV 15
tóxicos, hemodinâmica estável. Fome o dia bem
sem intercorrências.

Palma M. B. Gonçalves
COREN-CE 166259 TE

Observações:

TURNO: SN

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal

() Venturi

%

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100% Spo₂: %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Thaiza Rodrigues de Lima
COREN-CE 10116239 TE

Assinatura e COREN:

Palma M. B. Gonçalves
COREN-CE 166259 TE

Assinatura e COREN:

Thaiza Rodrigues de Lima
COREN-CE 10116239 TE

Convênio: Unimed

DATE OF OCT 20 10 20

UNICLINIC
CONFERE COM C
ORIGINAL

Evolução Paciente

Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto 02/03/1998 22 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 996392723
 Leito 605 2

Atendimento 1 731.315
 Prontuário 478.380
 Dt. Entrada 18/10/2020 18:51:54
 Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Jeane Marques Rufino da Silva	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): JEANE MARQUES

Evolução MT - 20/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. ECG AO: 4 RV: 5 RM: 6
 Em ar ambiente.
 Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.
 Mantendo CVP em MSE, funcionante: HV em curso
Realizado curativo convencional em região periorbital.
 Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.
 Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.
 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

TARDE

Mantendo curativo convencional de região periorbital integro.

Pendências

Ag Av bucomacilo

Jeane
Jeane Marques Rufino
 COREN-CE: 639.981-ENFERMEIRA

JEANE MARQUES / COREN CE 639981

UNICLINIC
 OFERECE COM C
 ORIGINAL

Paciente **Lucas Mota Castro Rodrigues**
 Data Nascto. 02/03/1998 22 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 996392723
 Leito 605 2

Atendimento 1.731.315
 Prontuário 478.380
 Dt. Entrada 18/10/2020 18:51:54
 Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Daniele Pinto Barbosa	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): DANIELE PINTO BARBOSA

Evolução SN - 20/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirúrgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente e orientado, verbalizando suas necessidades. ECG AO: 4 RV: 5 RM: 6
 Em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.

Mantendo CVP em MSE, funcionando. HV em curso.

Mantendo curativo convencional em região periorbital.

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.

Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.

Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Pendências

Av bucomacilo

Daniele Pinto Barbosa
 COREN-CE 414027 - ENF

DANIELE PINTO BARBOSA / COREN 414027

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascido: 02/03/1998 22a 7m 18d
Data Entrada: 18/10/2020 18:51:54
Médico Resp: Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento: 1.731.315
Convênio: UNIMED / ENFERMARIA
Data Prescr.: 21/10/2020 12:00:00

Prioritário: 478.380

605 2

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
-------	------	-----------	------------	-------------------

Soluções

1 Vol 1500ml/24h a 21g/100ml

Soro Ringer C/ Lactato Fr 5000ml

diap 2000ml EV 28 gotas/min
500 ml AS 16 18 22 24 08 06

Medicamentos

1 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/Im

Dose / Intervalo / Via Horários
1 amp 6/6 h IV 12 16 24 06

2 Dil UIR EM 18 CC AD - EV

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp 12/12 h IV 16 04

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV 14 22 06

Dil UIR 2ml + 18ml AD EV

4 Pantozol 40mg Po Fa Ev

1 FA 1x ao dia IV

12 06

2° S

Procedimentos/Serviços

1 Fisioterapia Motora

2x

Horários 12 00 12 00

Material

Dia/Hora

21 12 00

2 Fisioterapia Respiratória

2x

12 00

21 12 00

3 Glicemia Capilar - (glicose)

4x

12 06

21 12 00

4 Curativo Medico
CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE + COMPRESSAS GELADAS 3x/DIA

1x ao dia

12

21 12 00

5 Parecer Médico - Clínica Médica
ACOMPANHAMENTO

1x ao dia

12

21 12 00

Recomendações

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

PUNÇÃO COM JEICO S/N

SSV-COGG

Intervalo Horários

ATI

MANTER

ROTINA

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Lucas Mateus Leite Rodrigues

DATA: 22/10/20

POSTO: Ob

LEITO: 605-2

CONVÊNIO: Municel

TURNO: SN

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO: _____

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo²: _____ %

DIETA: _____

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para: _____

Observações:

TURNO: SN

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO: _____

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo²: _____ %

DIETA: _____

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para: _____

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Glauciete Marinho
CPF: 11.739.933-13

Assinatura e COREN:

Glauciete Marinho
CPF: 11.739.933-13

GASTOS HOSPITALARES

Date: 22.20.20

Nome: Lucas Neto Castro Rodrigues

Material	Total
Água para injeção 10ml	7
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	10
Agulha 30x8	
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotosensível	2
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes alcoolizada	
Gazes simples	
Intral	
IV 3000	
Luva esteril	7
Luva procedimento	1
Seringa 20cc	2
Seringa 10cc	
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	2
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	2
Tornela Tres Way	
Conexão	

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 27-10-20		NOME: Lucas Mota Costa Rodrigues		POSTO: 06		LEITO: 005-2		PRONTUÁRIO: 478.362											
HORA		LÍQUIDOS ADMINISTRADOS / ML						LÍQUIDOS ELIMINADOS											
		DIETA			INF. ENDOVENOSAS			DRENOS											
		ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE	KEHR	TÓRAX	MEDIASTINO	À VACUO	BALANÇO PARCIAL
07:00																			
08:00																			
09:00																			
10:00																			
11:00																			
12:00																			
SUB-TOTAL																			
13:00																			
14:00																			
15:00																			
16:00																			
17:00																			
18:00																			
SUB-TOTAL																			
19:00																			
20:00																			
21:00																			
22:00																			
23:00																			
00:00																			
01:00																			
02:00																			
03:00																			
04:00																			
05:00																			
06:00																			
SUB-TOTAL																			
TOTAL																			
PESO:		TOTAL INFUNDIDO:				TOTAL ELIMINADO:				BALANÇO FINAL:									

UNICENI
CONFERE CO
ORIGINAL

Assinatura de Marinho
EN-CE 72.372-15

Assinatura de Marinho
EN-CE 72.372-15

Assinatura de Marinho
EN-CE 72.372-15

Modeling

UNICLINIC
FERRE CON
ORIGINAL

[illegible][illegible]

Name: _____

Lucas proth Lucius Rodriguez

Convênio: _____

unimodal

Date: 23, 10, 2020

Material	Total
Água para injeção 10ml	7
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	9
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotosensível	
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes scolchoada	
Gazes simples	
Irurol	
IV 3000	
Luva estéril	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	7
Seringa 10cc	1
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Torneira Tres Way	
Conexões	

UNICLINICA
 CONFERE COM
 ORIGINAL

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



1. **THE**
 2. **THE**
 3. **THE**
 4. **THE**
 5. **THE**
 6. **THE**
 7. **THE**
 8. **THE**
 9. **THE**
 10. **THE**
 11. **THE**
 12. **THE**
 13. **THE**
 14. **THE**
 15. **THE**
 16. **THE**
 17. **THE**
 18. **THE**
 19. **THE**
 20. **THE**
 21. **THE**
 22. **THE**
 23. **THE**
 24. **THE**
 25. **THE**
 26. **THE**
 27. **THE**
 28. **THE**
 29. **THE**
 30. **THE**
 31. **THE**
 32. **THE**
 33. **THE**
 34. **THE**
 35. **THE**
 36. **THE**
 37. **THE**
 38. **THE**
 39. **THE**
 40. **THE**
 41. **THE**
 42. **THE**
 43. **THE**
 44. **THE**
 45. **THE**
 46. **THE**
 47. **THE**
 48. **THE**
 49. **THE**
 50. **THE**
 51. **THE**
 52. **THE**
 53. **THE**
 54. **THE**
 55. **THE**
 56. **THE**
 57. **THE**
 58. **THE**
 59. **THE**
 60. **THE**
 61. **THE**
 62. **THE**
 63. **THE**
 64. **THE**
 65. **THE**
 66. **THE**
 67. **THE**
 68. **THE**
 69. **THE**
 70. **THE**
 71. **THE**
 72. **THE**
 73. **THE**
 74. **THE**
 75. **THE**
 76. **THE**
 77. **THE**
 78. **THE**
 79. **THE**
 80. **THE**
 81. **THE**
 82. **THE**
 83. **THE**
 84. **THE**
 85. **THE**
 86. **THE**
 87. **THE**
 88. **THE**
 89. **THE**
 90. **THE**
 91. **THE**
 92. **THE**
 93. **THE**
 94. **THE**
 95. **THE**
 96. **THE**
 97. **THE**
 98. **THE**
 99. **THE**
 100. **THE**

O hospital da sua vida

GASTOS HOSPITALARES

Name: Unca Mia Laster Rodriguez

Convênio: Minivide

Date: 24/01/20

[illegible]

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478.380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva Maciel	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): Gessilene Antonia Silva Maciel Enfermeiro(a)

Evolução MT 24/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado; verbalizando suas necessidades básicas.
 Eupneica em ar ambiente.
 Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital.
Realizado curativo convencional em região periorbital, sem sinais flogísticos.
 Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.
 Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.
 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Prontuários

Agiriv buco maxilo

Gessilene Antonia Silva Maciel /

Paciente **Lucas Mota Castro Rodrigues**
Data Nascto. 02/03/1998 22 Anos
Sexo Masculino
Telefone 996392723
Leito 605 2

Atendimento 1.731.315
Prontuário 478 380
Dt. Entrada 18/10/2020 18:51:54
Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Yara Régia Alves Fonteles	

Paciente: **Lucas Mota Castro Rodrigues**
Enfermeiro(a): **Yara Régia Alves Fonteles** Enfermeiro(a)

Evolução SN 24/10/2020

• **Diagnóstico:** TCE

• **Especialidade:** Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSE
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas. Concilia sono e repouso.
Eupneica em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D. globo ocular com edema, periorbital.

Mantendo curativo convencional em região periorbital, íntegro.

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso.

Diurese espontânea, presentes. Evacuações ausentes no período.

Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Pendências

Ag Av buco maxilo

Yara R. Alves Fonteles
COREN-CE 521483-ENF

Yara Régia Alves Fonteles / Coren 521 483

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 24.10.20		NOME: Lucas Almeida Castro Rodrigues		POSTO: 06		LEITO: 605-2		PRONTUÁRIO: 478360													
HORA		LÍQUIDOS ADMINISTRADOS / ML						LÍQUIDOS ELIMINADOS													
		DIETA			INFUSÕES/ENOSAS							DRENOS									
		ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE	KEHR	TÓRAX	MEDIASTINO	À VACUO	BALANÇO PARCIAL	ASSINATURA	
07:00																					
08:00																					
09:00			150						250												
10:00																					
11:00									150												
12:00																					
SUB-TOTAL			250						400												
13:00																					
14:00			350						300												
15:00			200			20															
16:00			100						180												
17:00																					
18:00			180			20	500		200												
SUB-TOTAL			430			40	520		680												
19:00																					
20:00																					
21:00			250			100			350												
22:00						20															
23:00			150																		
00:00						20															
01:00									180												
02:00																					
03:00			100						250												
04:00																					
05:00																					
06:00			300			50	500		400												
SUB-TOTAL			850			130	500		1180												
TOTAL																					
PESO:		TOTAL INFUNDIDO: 3080				TOTAL ELIMINADO: 2360				BALANÇO FINAL: +720											

UNICLINIC
REFRE CON
ORIGINAL

Lucas Mota Castro Rodrigues

Data Nascido 02/03/1996 22a 7m 22d

Data Entrada 18/10/2020 18:51:54

Médico(a) Dr. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento 1.731.315
Convênio UNIMED / ENFERMARIA
Data Presc. 25/10/2020 12:00:00

Protocolo 1478.360

605 2

Dieta Pastosa Observação Descrição Técnica

Soluções

1 Vol. 1000ml/24h a 140ml

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml 500 ml

Medicamentos

1 Epipronta 500mg/ml Amp 2ml EV/IM

Dose/Intervalo 1 amp 6/6 h IV

Horários

18

24

06

8° S

2 Tramadol 100mg Amp 2ml EV

1 amp 1x ao dia IV

(5/10)

(21)

8° S

DILUIR 1AMP+100ml SFO, 9% EV

3 Bromoprida 1mg/ml Amp 2ml EV

1 amp 4/8 h IV

14

22

06

8° S

4 Pantozol 40mg Po Fa EV

1 FA 1x ao dia IV

06

06

6° S

Procedimentos/Services

1 Fisioterapia Motora

2x

12:00

06

25 12:00

2 Fisioterapia Respiratória

2x

12:00

06

25 12:00

3 Curativo Medico

1x ao dia

12

06

25 12:00

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE + COMPRESSAS GELADAS 3X/DIA

Recomendações

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

Intervalo

Horários

ATI

PUNÇÃO COM JELCO SIN

Intervalo

Horários

MANUTEN

SSV+CCGG

Intervalo

Horários

ROTINA

BALANÇO HÍDRICO

Intervalo

Horários

MANUTEN

Admissão satisfatória

Alta da Pericardial

40s colares na cintura négrica

Atenção 3000+Maxilo-facial

Proferir 100g + 1000 SFO 2x IV 12/12A - fortissimor

NOME: Lucas Roberto Bastos Rodrigues

DATA: 25/10/2020

POSTO: 6

LEITO: 605.2

CONVÊNIO: Unimed

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

TURNO: MT

AC. VENOSO:

CVP ☒ Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

☒ Ar ambiente

() Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100% Spo²: %

DIETA:

() VO

() SNE

() SNG

() GTT

() NPT

() Zero Para:

Observações:

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente

() Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ

() Masc. Reservatória 100% Spo²: %

DIETA:

() VO

() SNE

() SNG

() GTT

() NPT

() Zero Para:

Observações:

Assinatura e COREN:

Tec. Ana Paula de Andrade
COREN 203203-CE

Assinatura e COREN:

Prof. Dr. José Carlos de Jesus
Técnico de Enfermagem
COREN 257203

GASTOS HOSPITALARES

Name: Lukas Peter Lustro
Lobrigues

Convênio: Unimtel

Date: 25/10/2020

Material	Total
Água para injeção 10ml	7
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	10
Agulha 30x8	
Agulha 40x12	
Caneter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotosensível	2
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicemia + lanceta	
Gazes alcoolizada	
Gazes simples	
Inulol	
IV 3000	
Luva estéril	7
Luva procedimento	2
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Trombina Tmpe Way	
Cone-lus	

UNICLINICA
 CONFERE COM
 ORIGINAL



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

AUDITADO
21/11/20
ALINE



2400741

Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues

Data Nasc: 02/03/1998 22a 7m 24d

Data Entrada 16/10/2020 18:51:54

Médico Resp. Dra. Natália Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento 1.731.315

Convênio UNIMED / ENFERMARIA

Data Prescr. 27/10/2020 12:00:00

Prontuário 478.380

605 2

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
-------	------	-----------	------------	-------------------

Medicamentos

1 Dexamet 50mg/ml Amp 2ml Ev/Im

Dose / Intervalo / Via
1 amp 6/6 h IV

18

24

D P E
10^o S

DIL UIR EM 18 CC AD - EV

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp SN IV SN

10^o S

DIL UIR 1AMP+100ml SF0,9% EV

3 Broncopoda 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

18

06

10^o S

DIL UIR 2ml+18ml AD EV

4 Parolozol 40mg Po Fa Ev

1 FA 1x ao dia IV

18

06

8^o S

NÃO FAZER GENERICO.

5 Celigrapreno 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV

18

24

3^o S

DIL UIR 1FA + 100ml SF0,9% EV

Procedimentos/Serviços

1 Fisioterapia Motora

Ordre Intervalo 2x
Horários 12:00

Material

Dia/Hora 27/12:00

2 Fisioterapia Respiratória

2x 12:00

27/12:00

3 Curativo Medio

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE + COMPRESSAS GELADAS 3X/DIA

1x ao dia 12

27/12:00

4 Parece Médico Paciente Internado:

BUCO - MAXILO - FACIAL

Ednardo Colares
Cirurgião - Dentista

Intervalo 1x ao dia

Horários 12

27/12:00

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

ATI

JEJUNO SALINIZADO

MANUTER

SSW+CCOG

ROTINA

EXAMENOS

MANUTER

Em hands?

0 Solicito

ECC 9/11 Ednardo Colares
Cirurgião - Dentista

0 11/11/20

UNICLINIC
ONFERE COM C
ORIGINAL



GASTOS HOSPITALARES

busca motor latino

Radhaz

UNICLINIC
• ONFERE COM C
ORIGINAL

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascido: 02/03/1998 22 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996392723
Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
Prontuário: 476.250
Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código p...
28/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Jeane Marques Rufino da Silva	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues

Enfermeiro(a): Jeane Marques Enfermeiro(a)

Evolução MT 28/10/2020

• **Diagnóstico:** TCE

Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSD PT 30/10
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico, afebril, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.

Eupneico em ar ambiente.

Pontos de sutura em palpebra D, globo ocular com edema, periorbital em melhora.

Realizado curativo convencional em região periorbital, sem sinais flogísticos de infecção.

Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.

Mantem CVP em MSD pérvio e sem sinais flogísticos.

Eliminações fisiológicas espontânea.

Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Pendências

Aguarda procedimento cirúrgico enc 27/10

Aguarda eco enc 27/10

Jeane Marques Rufino
CONE-CE-639.981-ENFERMEIRO

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478.380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código p/oi
28/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Souza Magalhães	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES Enfermeiro(a)

Evolução SN

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO com boa aceitação
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP pervio
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorrências

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL E SEM QUEIXAS.
 PONTOS DE SUTURA EM PALPEBRA D. GLOBO OCULAR COM EDEMA. PERIORBITAL EM MELHORA.
 SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pendências

AGUARDA REALIZAR ECO
 AGUARDA AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE REDUÇÃO + FIXAÇÃO + BLOQUEIO MAXILO-
 **ANDIBULAR.

FCO CHRISTIAN SOUSA MAGALHÃES

CHRISTIAN MAGALHÃES
 COPEL 12-101-216-EN

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 08/10/20 NOME: Lucas Melo Costa Rodrigues POSTO: 06 LETO: 605-21 PRONTUÁRIO:

HORA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS / ML						LÍQUIDOS ELIMINADOS							BALANÇO PARCIAL	ASSINATURA			
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE			KEHR	TÓRAX	MEDIASTINO
07:00																		
08:00		400						200										
09:00		100						500										
10:00		150																
11:00								180										
12:00		150																
SUB-TOTAL		800						880										400
13:00		250						110										
14:00		150																
15:00		200																
16:00																		
17:00		150						910										
18:00		900																
SUB-TOTAL		1450						1400										5100
19:00																		
20:00								200										
21:00		300																
22:00																		
23:00		200						150										
00:00																		
01:00																		
02:00		150						300										
03:00																		
04:00																		
05:00																		
06:00		200						50										
SUB-TOTAL		1450						1400										520
TOTAL		1450						1400										5300
PESO:																		
TOTAL INFUNDIDO:		1450						1400										5300
TOTAL ELIMINADO:								1400										5300
BALANÇO FINAL:																		0

ASSINATURA

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Luciana B. Mendes
CONE-02-918.954

Luciana B. Mendes
CONE-02-918.954

Luciana B. Mendes
CONE-02-918.954

Christina Magalhães
CONE-02-918.954



União de Clínicas do Ceará Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

2402134



Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascido 02/03/1998 22a 7m 26d
Data Entrada 18/10/2020 18:51:54

Atendimento 1.731.315
Convênio UNIMED / ENFERMARIA
Data Presc 29/10/2020 12:00:00

Prontuário 478.380

6052

Médico Resp Dra. Natália Medeiros Mourão (CRM 018113)

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
-------	------	-----------	------------	-------------------

Medicamentos

1. Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev Am

Dose / Intervalo / Via 1 amp 6/6 h IV

Horários 12 18 24 06

D P E 12 S

DIL UIR EM 18 CC AD - EV

2. Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp SN IV SN

12 S

DIL UIR 1AMP - 100ml SF0,9% EV

3. Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

06

12 S

DIL UIR 2ml + 18ml AD EV

4. Paritazol 40mg Po Fa Ev

1 FA 1x ao dia IV

06

10 S

NÃO FAZER GENERICO

5. Cetoprofeno 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV

24

5 S

DIL UIR 1FA + 100ml SF0,9% EV

Procedimentos/Serviços

1. Fisioterapia Motora

Qtd Intervalo 2x

Horários 12:00

29 12:00

2. Fisioterapia Respiratória

2x

12:00

29 12:00

3. Curativo Medica

CURATIVO CONVENCIONAL NA FACE + COMPRESSAS GELADAS 3x/DIA

1x ao dia

Horários 12

29 12:00

Recomendações

VIGILANCIA NEUROLÓGICA

ATT

TECNO SAE INIZIANDO

AVANTER

SSVV+CCGG

ROTINA

BALANÇO HÍDRICO

MANTER

Retornar pontos emergenciais em pronto socorro

Dr. Lucas Mota Castro Rodrigues
CRM 10143

Agua de coco em casa e normal

Dr. Lucas Mota Castro Rodrigues
CRM 10143

Dr. Lucas Mota Castro Rodrigues
CRM 10143

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NAME: Janeen Maria Contreras Rodriguez

TURNNO: NT

IP () Local

AC VENOSO

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO

) Ar ambiente

C. Reservatör

Figure 1. The effect of the concentration of the inhibitor on the rate of polymerization of α -methylstyrene in the presence of SnCl_4 at 25°C .

[illegible]

1500

Observações:

TURN0:

MS

PAUL V. ENUSO
is director, U.S. Environmental Protection Agency.

CVC () Local () Dissecção

RESPIRATORY

) MNR7

C. RESERVATION

1. **1.1**

Zero Para

() Zero Para

SNE

1

1000

CLINIC

CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Mari de Asevedo
COREN-CE 000.221.624-TE

Assinatura e COREN:

Leidilant Coelbo
1 Tec de Permaçm
CURTIN: 011.281.033

GASTOS HOSPITALARES

Nome: Lucas Mota Castro
Rodrigues

Convênio: Unimed

Data: 29/10/2020

Material	Total	CASOTERAPIA		
		OXIGÊNIO	MONITOR + OXÍMETRO	
Água para Injeção 10ml	7	Ligado	Ligado	
Água para Injeção 20ml		Desligado	Desligado	
Agulha 13x1,5				
Agulha 25x7				
Agulha 30x8	8			
Agulha 40x12				
Canetel nasal				
Eletrólito				
Equip. para bomba de infusão	10			
Equip. para bomba de infusão fotosensível				
Equip. simples				
Extensor 20cm				
Fita para glicemia + lanceta	7			
Gazes acobreada				
Gazes simples				
IV 3000				
Luva estéril	7			
Luva procedimento				
Seringa 20cc				
Seringa 10cc				
Seringa 5cc	7			
Seringa 3cc				
Seringa insulina				
Seringa SNG				
SF 0,9% 100ml	7			
SF 0,9% 250ml				
SG 5,0% 250ml				
Tornela Tross Way				
Conexão	7			
Conexão				
Conexão				
Conexão				
RETIRAR SVD		MÁSCARA: 01	LUA DE PROCEDIMENTO: 01	SERENÇA DE 200CC: 01
PASSAGEM DE SVD		MÁSCARA: 01	LUA ESTÉRIL: 01	SONDA FOLLEY Nº: 01
SONDA FOLLEY Nº: 01		COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01	GAZES SIMPLES: 20	CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml
SERENÇA DE 200CC: 01		SERENÇA 200CC: 01	AGULHA 40X12: 01	XILOCAÍNA GEL: 05gr
ABD 10ml: 02		ABD 10ml: 02		
ESPASMOGRÁFICO: 15cm		LUA DE PROCEDIMENTO: 01	ALGODÃO: 15gr	ALCOOL: 15ml
CURATIVO F.O		SF 0,9% 10ml: 02	MICROPORE 30cm	GAZES SIMPLES: 10 UND
MÁSCARA: 01		GORRO: 01	LUA DE PROCEDIMENTO: 01	INT. CURATIVO ESTÉRIL: 01
CLOREXIDINA: 15ml				
SV ALVIO		GORRO: 01	MÁSCARA: 01	LUA ESTÉRIL: 01 PAR
SONDA URETRAL Nº: 01		CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml	GAZES: 10	XILOCAÍNA GEL: 05gr
RETIRAR SNG		MÁSCARA: 01	LUA DE PROCEDIMENTO: 01	SERENÇA DE 200CC: 01
GASTO DO ÓBITO		LENÇÓIS: 02	ESPASMOGRÁFICO: 20cm	LUA DE PROCEDIMENTO: 01
MÁSCARA: 01		GORRO: 01		
SONDA SNG Nº: 01		LUA ESTÉRIL: 01	XILOCAÍNA GEL: 05gr	GAZES SIMPLES: 10
SERENÇA 200CC: 01		ETÉR: 10ml	ESPASMOGRÁFICO: 10cm	MÁSCARA: 01
ESPASMOGRÁFICO: 10cm				

Evolução Paciente

Paciente	Lucas Mota Castro Rodrigues		Atendimento	1.731.315
Data Nascto.	02/03/1998	22 Anos	Prontuário	478.380
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	18/10/2020 18:51:54
Telefone	996392723		Convênio	UNIMED ENFERMARIA
Leito	505 2			

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código
29/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva Maciel	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Gessilene Antonia Silva Maciel Enfermeiro(a)

Evolução MT 29/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSD PT 30/10
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico afebril, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.
Eupneico em ar ambiente.
Retirado pontos de sutura em palpebra D, com lamina nº11.
Colocado gaze acidoado em colar cervical c.p.m.
Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
Mantem CVP em MSD pérvio e sem sinais flogísticos.
Eliminações fisiológicas espontânea.
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

F. Jências

Aguarda procedimento cirúrgico enc 27/10
Aguarda eco enc 27/10



Gessilene Antonia Silva Maciel /

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996392723
Leito: 605 2

Atendimento: 17/31/345
Prontuário: 418.330
Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Assinatura	Assinatura
29/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Sarah Cristina Nobre Duarte dos Santos	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): Sarah Cristina Nobre Duarte dos Santos Enfermeiro(a)

Evolução NOITE

• Diagnóstico: TCE

Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Hipertenso; Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP em MSD PT 30/10
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico, afepni, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.
Eupneico em ar ambiente.
Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
Mantem CVP em MSD pèvio e sem sinais flogísticos.
Eliminações fisiológicas espontânea.
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Referências

Sarah Cristina Nobre
COREN-CE 210744 - ENE

Sarah Cristina Nobre Duarte dos Santos

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 29/10/20	NOME: Juliana Maria Cavalcante Rodrigues	POSTO: 06	LEITO: 605	PRONTUÁRIO: 2														
HORA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS (ML)						LÍQUIDOS ELIMINADOS						BALANÇO PARCIAL	ASSINATURA				
	DIETA			INF. ENDOVENOSAS						DRENOS								
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE	KEHR	TÓRAX	MEDIASTINO	À VACUO	
07:00																		
08:00		300																
09:00		100						250										
10:00																		
11:00		250																
12:00		650																
SUB-TOTAL																		
13:00																		
14:00		400						400										
15:00		400																
16:00		300						210										
17:00																		
18:00		300						200										
SUB-TOTAL																		
19:00																		
20:00																		
21:00		150						200										
22:00																		
23:00																		
00:00																		
01:00																		
02:00																		
03:00																		
04:00																		
05:00																		
06:00																		
SUB-TOTAL		150						50										
TOTAL		2600						450										
PESO:																		
TOTAL INFUNDIDO:		2600						450										
TOTAL ELIMINADO:								300										
BALANÇO FINAL:																		

UNICLINIC
ONDE RECOMO ORIGINAL

Mari de Azevedo
COREN-CE 000.274.347

Jordana B.
COREN-CE 000.274.347

Mari de Azevedo
COREN-CE 000.274.347

Jordana B.
COREN-CE 000.274.347

Leidiana Coelho
COREN-CE 000.274.347

DATA: 29/10/2020	NOME: Lucas Roberto Castro	POSTO: 06	LEITO: 603	PRONTUÁRIO:
LUOA	TEMP (°C)	EC (mm)	ER (mm)	PVC
				Pressão Arterial
				Spo2
				PAM
				GLICEMIA
				OBSERVAÇÃO
				ASSINATURA

PRONTUÁRIO:

OBSERVAÇÃO

GLICEMIA

Sp02

PAM

VC

Pressão Arterial

ER (mfm)

EC (hmm)

TEMP (°C)

100%

UNICLINIC
CONFERE COM C.
ORIGINAL



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente

2402895



Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascto 02/03/1988 22a 7m 28d
Data Entrada 18/10/2020 18:51:54
Médico Resp Dra. Natália Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento 1.731.315
Convênio UNIMED/ENFERMARIA
Data Presc 30/10/2020 12:00:00

Prontuário 478.360

605 2

Dieta Pastosa Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Medicamentos

1 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev Am

Dose / Intervalo / Via 1 amp 6/6 h IV

18

24

06

D.P.E
13° S

DILUIR EM 18 CC AD - EV

2 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp SN IV

SN

13°

06

06

13° S

DILUIR 1AMP+100ml SF0,9% EV

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

24

24

06

13° S

DILUIR 2ml+18ml AD EV

4 Pantozol 40mg Po Fa Ev

1 FA 1x ao dia IV

06

06

06

11° S

NÃO FAZER GENERICO.

5 Cetoprofeno 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV

SN

06

06

6° S

DILUIR 1FA +100ml SF0,9% EV

1 Fisioterapia Motora

Qtd Intervalo 2x

Horários 12:00

06

06

30 12:00

2 Fisioterapia Respiratória

Qtd Intervalo 2x

Horários 12:00

06

06

30 12:00

Recomendações

GLIANCIA NEUROLÓGICA

Intervalo

Horários

06

06

30 12:00

DELCO SALINIZADO

Intervalo

Horários

06

06

30 12:00

SSVV+CCGG

Intervalo

Horários

06

06

30 12:00

BALANÇO HÍDRICO

Intervalo

Horários

06

06

30 12:00

Presc de lactologia repoe etc

Dr. Natália Mourão
CRM 10143

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Lucas Porto Leites Rodrigues

DATA: 30/10/30

POSTO: 06

LEITO: 605-2

CONVÊNIO: Municipal

TURNO: M

TURNO: SN

TP () Local	AC VENOSO	CVC () Local () Dissecção
() Ar ambiente	RESPIRAÇÃO	() Cat. Nasal () Venturi %
() MNBZ	() Masc. Reservatória 100%	Spo ₂ %
() VO	DIETA	() SNG () GTT () NPT
() Zero	Para:	

CVP () Local	AC VENOSO	CVC () Local () Dissecção
() Ar ambiente	RESPIRAÇÃO	() Cat. Nasal () Venturi %
() MNBZ	() Masc. Reservatória 100%	Spo ₂ %
() VO	DIETA	() SNG () GTT () NPT
() Zero	Para:	

Observações: No 14:00 Renovado AVE por Duvido

Observações:

ao Nivel Maximo de Pnemonia com 1522
e local 70 com local digo com exite
das unidades da equipe de enfermaria

Assinatura e COREN:
00166539 TE

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:
00166539 TE

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:
00166539 TE



GASTOS HOSPITALARES

Date: 30.10.20

Convênio: Ararimã

business center

Rodriguez

Material	Total
Agua para injeção 10ml	1
Agua para injeção 20ml	1
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x3	
Agulha 40x12	
Cateter nasal	
Eletrodo	
Equipos para bomba de infusão	
Equipos para bomba de infusão fotosensível	
Equipos simples	
Extensor 20cm	
Fita para glicorrina + lanceta	
Gazes autoclavada	
Gazes simples	
Intral	
IV 3000	
Luva estéril	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa SNG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Tornela Triu Way	
Cabo-luz	

CLINIC

SF 0,9%	UNICLINIC
SF 0,9%	CONFERENCE COM
SG 5,0%	ORIGINAL
Tamoxifen	
Contra-Ind	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1-731.315
 Prontuário: 478.380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 19:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Grupo
30/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Gessilene Antonia Silva M. Maciel	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): Gessilene Antonia Silva Maciel Enfermeiro(a)

Evolução MT 30/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Síndrome Física

1. Neuro: Consciente, orientado
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico, afebril, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.
 Eupneico em ar ambiente.
 Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
 Mantém CVP em MSD pérvio e sem sinais flogísticos.
 Eliminações fisiológicas espontânea.
 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Pendências

Aguarda aut procedimento cirurgico enc 27/10
 Aguarda eco enc 27/10

Gessilene Antonia Silva Maciel /

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 996392723
Leito: 605 2

Atendimento: 1.751.315
Prontuário: 478.910
Dt. Entrada: 12/10/2020 18:41:54
Convênio: UNIPED-ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Assinatura	Código profissional
30/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Sara Anny de Lima Ferreira	341.942 - ENF

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): SARA ANNY DE LIMA FERREIRA Enfermeiro(a)

Evolução SN

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado
2. Respiratório: Ar ambiente
3. Cardiovascular: Normocárdico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: CVP
8. Antimicrobianos: sem cobertura

Condutas/Intercorrências

Evolui consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, normotenso, normocárdico, afebril, hidratado, concilia sono e repouso, deambula com auxílio.
Eupneico em ar ambiente.
Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
Mantém CVP em MSD pérvio e sem sinais flogísticos
Eliminações fisiológicas espontânea
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Pendências

Aguarda aut procedimento cirurgico enc 27/10
Aguarda eco enc 27/10
AGUARDA PARECER DO CARDIO

Sara Anny de Lima Ferreira
COREN-CE: 341.942 - ENF

SARA ANNY DE LIMA FERREIRA

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 30/10/20 NOME: Jucara Melo Castro Rodrigues POSTO: 06 LEITOCOL: 21 PRONTUÁRIO: 23

HORA	DIETA			INFUNDIDOS						ELIMINADOS						BALANÇO PARCIAL	
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE	KEHR	TÓRAX		MEDIASTINO
07:00																	
08:00																	
09:00		150						200									
10:00																	
11:00		150															
12:00		300			20												
SUB-TOTAL																	
13:00		150						300									
14:00					20			150									
15:00		250						200									
16:00																	
17:00																	
18:00		350			20												
SUB-TOTAL																	
19:00																	
20:00		150						300									
21:00																	
22:00		150			20			200									
23:00																	
00:00																	
01:00		100															
02:00								200									
03:00																	
04:00																	
05:00																	
06:00		200			50			300									
SUB-TOTAL																	
TOTAL		140			150												
PESO:																	
TOTAL INFUNDIDO:								2350									
TOTAL ELIMINADO:								1350									
BALANÇO FINAL:																	

UNIC
CONF
ORIG

ASSINATURA

Thayna Rodrigues de Lencastre
COREN-SP 00765259-7

Thayna Rodrigues de Lencastre
COREN-SP 00765259-7

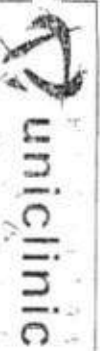
Thayna Rodrigues de Lencastre
COREN-SP 00765259-7

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Thayana Rodrigues da Silva
COREN-SP 0016629-7

Thayana Rodrigues da Silva
COREN-SP 0016629-7

Thayana Rodrigues da Silva
COREN-SP 0016629-7



Via de Clínicas do Ceará Ltda
Piscrição Eletrônica Paciente

Paciente Lucas Mota Castro Rodrigues

Data Nascido 02/03/99 22a 7m 28s

Data Entrada 18/10/2020 18:51:54

Médico Resp Dra. Natalia Medeiros Mourão (CRM 018113)

Atendimento 1.731.315

Convenio UNIMED / ENFERMARIA

Data Presc. 31/10/2020 12:00:00

Prontuário

479.336

2403592

605 2

Dieta Pastosa Dose Intervalo Observação Descrição Técnica

Medicamentos

1 Difenidol 500mg/ml Amp 2ml Ev Im Dife. SN.

Dose / Intervalo / Via 1 amp 6/6 h IV

Horários (12)

(18)

(24)

(06)

D P E S

2 Diluir EM 18 CC AD - EV

1 amp SN IV

SN

(14)

(22)

(06)

S

3 Bromoprida 5mg/ml Amp 2ml Ev

Diluir 2ml+18ml AD EV

1 amp 8/8 h IV

(14)

(22)

(06)

S

4 Pantozol 40mg Po Fa Ev

NAO FAZER GASTRICO

1 FA 1x ao dia IV

(12)

(06)

(06)

S

5 Celiprolol 100mg Fa Ev

1 FA 12/12 h IV

SN

(12)

(06)

S

Diluir 1FA + 100ml SFG, 3% EV

Procedimentos/Serviços

1 Fisioterapia Respiratória

Qde / Intervalo 2x

Horários 12:00

(12)

(06)

S

2 Fisioterapia Respiratória

2x

Horários 12:00

(12)

(06)

S

3 Parecer Médico - Cardiologia

1x ao dia

Horários 12:00

(12)

(06)

S

Recomendações

1 DIETA NEUROLÓGICA

Intervalo

Horários

(12)

(06)

S

2 DIETA SALINIZADO

Intervalo

Horários

(12)

(06)

S

3 SVA-CO-16

Intervalo

Horários

(12)

(06)

S

4 DIETA HÍDRICO

Intervalo

Horários

(12)

(06)

S

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

Dr. Edson de Souza Ferreira
CRM 018.013 - ENF



Dr. Edson de Souza Ferreira
CRM 018.013 - ENF

NOME: Juliana Maria Castro Rodrigues

DATA: 31/10/2020 POSTO: 06

CONVÊNIO: Unimed

UNICLINIC
OFERECE COM C
ORIGINAL

LEITO: 605-2

TURNO: MT

AC. VENOSO: _____ CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO: _____

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo2: _____ %

DIETA: _____

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO: _____ CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO: _____

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo2: _____ %

DIETA: _____

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para: _____

Observações:

Às 09:45h encontrando paciente p/
o ECO

Às 10:30h paciente retornou de
ECO

Marti de Azevedo
COREN-CE 000.221.524/1E

Marti de Azevedo
COREN-CE 000.221.524/1E

Observações:

Assinatura e COREN:

Marti de Azevedo
COREN-CE 000.221.524/1E

Assinatura e COREN:

LEITURA
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 001.281.033



O hospital da sua vida

GASTOS HOSPITALARES

Convênio: Unimed

Nome: Lucas nota castro
Rodriguez

Date: 31/10/2020

[illegible]

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nasc: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478.380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Jullyane Souza Ferreira	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Enfermeiro(a): Jullyane Souza Ferreira Enfermeiro(a)

Evolução: MT 31/10/2020

- Diagnóstico: TCE
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Eupneico em AA
3. Cardiovascular: Normocárdico
4. Digestivo: VO Pastosa
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: AVP em MSE PT: 02/11
8. Antimicrobianos: -----

Condutas/Intercorrências:

Paciente evolui estável, consciente, orientado, verbalizando, deambula com auxílio.
 Eupneico em AA
 Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
 AVP em MSE PT: 02/11
 Eliminações fisiológicas espontânea.
 Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Pendências

Arda aut procedimento cirurgico enc 27/10

Jullyane Souza Ferreira
 COREN-CE 578.813 - ENF

JULLYANE SOUZA FERREIRA

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
 Data Nascto: 02/03/1998 22 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 996392723
 Leito: 605 2

Atendimento: 1.731.315
 Prontuário: 478.380
 Dt. Entrada: 18/10/2020 18:51:54
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
31/10/2020	Enfermeiro	Evolução		Samara da Silva Rodrigues	

Paciente: Lucas Mota Castro Rodrigues
Enfermeiro(a): SAMARA DA SILVA RODRIGUES

Evolução SN

- Diagnóstico: TCE + PRÉ OP DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO MAXILO/MANDIBULAR
- Especialidade: Clínico e cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado.
2. Respiratório: Eupneico em AA
3. Cardiovascular: Normocárdico
4. Digestivo: VO Pastosa
5. Renal: Espontânea
6. Tegumentar: Face (escoriação)
7. Dispositivos: AVP em MSE PT: 02/11
8. Antimicrobianos: -----

Condutas/Intercorrendias:

- Paciente evolui estável, consciente, orientado, verbalizando, Eupneico em AA
- Mantem colar cervical.
- Dieta por VO, com boa aceitação. Abdome globoso por adiposidade.
- Eliminações fisiológicas espontânea presente
- Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Indicações

guarda aut procedimento cirurgico enc 27/10
 Aval. cardiologista comunicado em 31/10

Samara da Silva Rodrigues
 ENFERMEIRO (a) 043 - 2.17

SAMARA DA SILVA RODRIGUES

BALANÇO HÍDRICO

DATAS: 11/10/2010 **NOME:** Maria Coate Pedragua **POSTO:** 06 **LEITO:** 605-2 **PRONTUÁRIO:**

HORA: **LIQUIDOS ADMINISTRADOS (ML)** **LIQUIDOS ELIMINADOS**

HORA	DIETA						INF. ENDOVENOSAS						DRENOS						BALANÇO PARCIAL	ASSINATURA
	ENTERAL	ORAL	PARENTERAL	SANGUE E DERIVADOS	MEDICAÇÃO	SORO	ALBUMINA	DIURESE	EVACUAÇÕES	SNG	VÔMITOS	OSTOMIAS	PARECENTESE	KEHR	TÓRAX	MEDIASTINO	À VACUO			
07:00																				
08:00																				
09:00		400																		
10:00																				
11:00		400																		
12:00		150																		
SUB-TOTAL		950																		
13:00																				
14:00																				
15:00		400																		
16:00																				
17:00																				
18:00		300																		
SUB-TOTAL		700																		
19:00																				
20:00		350																		
21:00																				
22:00		150																		
23:00																				
00:00																				
01:00																				
02:00																				
03:00																				
04:00																				
05:00																				
06:00		300																		
SUB-TOTAL		300																		
TOTAL		500																		
PESO:		TOTAL INFUNDIDO: 2.450																		
		TOTAL ELIMINADO: 1.450																		
		BALANÇO FINAL: 1.000 (+)																		

UNICLINIC
CONFERE COM C
ORIGINAL

Secretaria
COORDENADORIA

Leandro Coite
Enfermeiro

Mari de Azevedo
Julliane S. Costa
CORREN-CE 5043-ENF

Mari de Azevedo
Julliane S. Costa
CORREN-CE 5043-ENF

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Duane Dutra Pereira Rodrigues

TURNO: MT

DATA: 01/11/2006

POSTO: 06

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL
LEITO: 60072

CONVÊNIO:

Unimed

TURNO:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo2: %

DIETA:

() VO () SNE () SNG () GT () NPT

() Zero Para:

Observações:

Observações:

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

ANEXA 107 ANA CÉLIA LOPES
COREN-CE 1966 COREN-CE 1966
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

JOSE WESLEY MARTINS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-CE 1394398

Name:

L m. c. R

Convênio:

unimodDate: 01/11/20

Material	Total
Água para injeção 10ml	
Água para injeção 20ml	
Agulha 13x4,5	
Agulha 25x7	
Agulha 30x8	
Agulha 40x12	
Cafeter nasal	
Eletrodo	
Equipo para bomba de infusão	
Equipo para bomba de infusão fotoassível	
Equipo simples	
Extensor 20cm	
Fila para glicemia + lanceta	
Gazas alcoolizada	
Gazes simples	
Ituxol	
IV 3000	
Luva estéril	
Luva procedimento	
Seringa 20cc	
Seringa 10cc	
Seringa 5cc	
Seringa 3cc	
Seringa insulina	
Seringa 5NG	
SF 0,9% 100ml	
SF 0,9% 250ml	
SG 5,0% 250ml	
Tomela Tree Way	
Cone-luz	

☐	PASSAGEM DE SVD MÁSCARA: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 SONDA FOLLEY Nº _____ : 01 COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01 GAZES SIMPLES: 20 CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml SERINGA 20CC: 01 AGULHA 40x12: 01 XILOCAINA GEL: 05gr ABD 10ml: 02	☐	RETIRAR SVL MÁSCARA: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 SERINGA DE 20CC: 01
☐	CURATIVO CVC CONVENCIONAL GAZES SIMPLES: 20 MICROPORE: 20cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 CLOREXIDINA ALCOÓLICA: 15ml MÁSCARA: 01 SF 0,9% 10ml: 01	☐	PUNÇÃO PERIFÉRICA FIELCO Nº _____ : 01 EXTENSOR 60cm: 01 SERINGA 20CC: 01 ABD 10ml: 02 ESPALADRAPO: 15cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 ALGODÃO: 15gr ALCOOL: 15ml
☐	CURATIVO GIATADURA CATADURA _____ cm MICROPORE: 20cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 CLOREXIDINA _____ : 15ml MÁSCARA: 01 SF 0,9% 10ml: 02	☐	CURATIVO F.O. SF 0,9% 10ml: 02 MICROPORE 30cm GAZES SIMPLES: 10 UND MÁSCARA: 01 GORRO: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01 CLOREXIDINA _____ : 15ml
☐	CURATIVO TQT GAZES SIMPLES: 30+20 SF 0,9% 10ml: 01+01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 03+01 MÁSCARA: 01	☐	OUTROS:
☐	CURATIVO GTT GAZES SIMPLES: 20 SF 0,9% 10ml: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 MÁSCARA: 01	☐	SV ALVIO GORRO: 01 MÁSCARA: 01 LUVA ESTÉRIL: 01 PAR SONDA URETRAL Nº _____ : 01 CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml GAZES: 10 XILOCAINA GEL: 05gr
☐	PASSAGEM DE SNG SONDA SNG Nº _____ : 01 LUVA ESTÉRIL: 01 XILOCAINA GEL: 05gr GAZES SIMPLES: 10 SERINGA 20CC: 01 ETÉR: 10ml ESPALADRAPO: 10cm MÁSCARA: 01	☐	RETIRAR SNG MÁSCARA: 01 LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 SERINGA DE 20CC: 01
		☐	GASTO DO ÓBITO LENÇÓIS: 02 ALGODÃO: 60gr ESPALADRAPO: 20cm LUVA DE PROCEDIMENTO: 01 MÁSCARA: 01 GORRO: 01

[illegible]



PREFEITURA DE
UMIRIM
SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

O paciente Lucas Mota Castro Rodrigues, sexo masculino, 24 anos deu entrada hospital no dia 18/10/2020 as 03:16 onde o mesmo relata ter sofrido um acidente automobilístico na localidade de Carnaubinha no município de Umirim-CE, foi feito os primeiros socorros onde há suspeitas de fratura bilateral de mandíbula, onde foi medicado e solicitados exames de raio-x para diagnóstico.

10/11/2022.


João Batista Silva Ferreira
Secretaria de Saúde de Umirim
CPF: 74.752.063-04

  /saudeumirim



Rua Major Sales, S/N - Trabalhadores | CEP: 62.660-000 | Umirim-Ceará



www.umirim.ce.gov.br



smsaumirim@yahoo.com.br

DECLARAÇÃO

EU, LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES, PORTADOR DA CARTEIRA DE IDENTIDADE N° 2006014114119 E CPF N° 084.338.003-96 VENHO POR MEIO DESTA DECLARAR QUE TODA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA REFERENTE AO TRATAMENTO REALIZADO, CONTENDO LESÃO SOFRIDA E DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA E DISPONIBILIZADA PELO HOSPITAL NA DATA DO ACIDENTE JÁ FOI ANEXADA AO PROCESSO. PORTANTO, SOLICITO QUE O PROCESSO VOLTE A ANALISE E SE AINDA RESTAREM DÚVIDAS SOBRE AS SEQUELAS, ME DISPONIBILIZO A PASSAR POR PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, GRATO.

X

Lucas Mota Castro Rodrigues

FORTALEZA/CE 06 DE DEZEMBRO DE 2022



PREFEITURA DE
UMIRIM
SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

O paciente Lucas Mota Castro Rodrigues, sexo masculino, 24 anos deu entrada hospital no dia 18/10/2020 as 03:16 onde o mesmo relata ter sofrido um acidente automobilístico na localidade de Carnaubinha no município de Umirim-CE, foi feito os primeiros socorros onde há suspeitas de fratura bilateral de mandíbula, onde foi medicado e solicitados exames de raio-x para diagnóstico.

10.11.2022.


João Batista Silva Fereira
Secretaria de Saúde de Umirim
CPF: 74.111.2003-04

  /saudeumirim



Rua Major Sales, S/N - Trabalhadores | CEP 62.660-000 | Umirim-Ceará



www.umirim.ce.gov.br



saudeumirim@yahoo.com.br

NOME

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2008010066558 SSP CE

CPF

048.217.413-77

DATA NASCIMENTO

18/06/1990

FILIAÇÃO

FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05034566735

VALIDADE

06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO

17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

16/10/2017

Im Vaf- Jh

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905

CE161764037

CEARÁ



LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES



DOC. IDENTIFIC. / OUT. PASSAPORTE
2006014114119 SSP CN

CPF 084.338.003-96 DATA NASCIMENTO 02/03/1998

RELACIONAMENTO
ROMILDO RODRIGUES MOTA
JUCINARA MOTA CASTRO

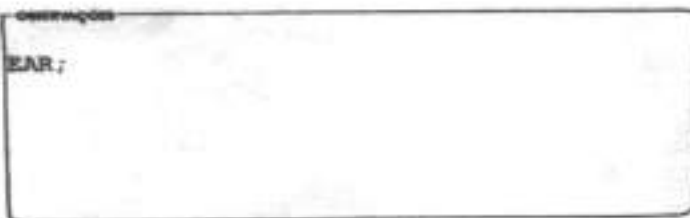
PERMISSÃO ACC CAENAR
AD

Nº REGISTRO
06702913646

VALIDADE
27/04/2031

1ª EMISSÃO
15/09/2016

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1853554928



Lucas Mota Castro Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
31/08/2021

01660841810
CN177572396

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1853554928

PROCURAÇÃO

Outorgante LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES
Estado Civil SOLTEIRO Profissão AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Residente GENERAL JOÃO COUTO, 111 CSA Bairro OLAVO OLIVEIRA
Município FORTALEZA UF CE Nascido 02/03/1998 CPF 084.338.003.96
RG 2006014114119 emissor SSP/CE Em / /

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral, 676- Parque Santa Rosa, Município de Fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com. Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES
Ocorrido em 18/10/2020

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e seguradora líder, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de trânsito praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de uma advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDI.ZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: Boletim de Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

FORTALEZA 17 , DE AGOSTO , DE 2022

Lucas Mota Castro Rodrigues

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030979/22

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

CPF: 084.338.003-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2020

Titular do CPF: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES : 084.338.003-96

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: 25/11/2022
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2022
Nome: PEDRO LEITE ALVES
CPF: 031.072.760-06

PEDRO LEITE ALVES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030979/22

Número do Sinistro: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

CPF: 084.338.003-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 06/12/2022
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2022
Nome: PEDRO LEITE ALVES
CPF: 031.072.760-06

PEDRO LEITE ALVES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030979/22

Número do Sinistro: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

CPF: 084.338.003-96

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

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: 01/12/2022
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/12/2022
Nome: PEDRO LEITE ALVES
CPF: 031.072.760-06

PEDRO LEITE ALVES

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Data do Acidente: 18/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Data do Acidente: 18/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Data do Acidente: 18/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

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

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necropsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 06 de Fevereiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055534

Vítima: LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Data do Acidente: 18/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS MOTA CASTRO RODRIGUES

Informamos que não recebemos a documentação complementar necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT e, por essa razão, o seu pedido foi cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

094.338.003-96

4 - Nome completo da vítima:

LUCAZ MOTA CASTRO RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

LUCAZ MOTA CASTRO RODRIGUES

6 - CPF:

094.338.003-96

7 - Profissão:

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

8 - Endereço:

GENERAL JOÃO COUTO 117, CSA

9 - Número:

111

10 - Complemento:

11 - Bairro:

OLAVO OLIVEIRA

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60361-000

15 - E-mail:

lc527310@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 96296730

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK 260

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (alunos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ 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 de quem assina a rogo/a pedido

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 243 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **DANO**

Data / Hora da Comunicação: **20/10/2020 11:14:38**

Data / Hora da Ocorrência: **18/10/2020 02:30:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTR SÃO JOAQUIM - CARNAUBINHA CEP:**

62.660-000, ZONA RURAL - SAO JOAQUIM UMIRIM/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO**

Nascimento: **17/02/1955** CPF: **166.699.083-34**

RG: **2003005210645** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Identidade de Gênero: **MULHER CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**

Filiação: **MARIA DO CARMO MOTA**

JOSE RODRIGUES MOTA

Endereço: **VILA RECIFE**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP: **62.660-000**

Município: **UMIRIM/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9988-6678**

Email:

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **OIP5087** Uf: **CE** Município: **UMIRIM** Chassi:

9BWAA05W1DP056708 Renavam: **484310062** Tipo do Veículo:

AUTOMOVEI Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 GIV** Ano Fabricação: **2012**

Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**

Proprietário: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Registrante informa que teve seu veículo incendiando no local e data acima descritos. Seu neto Lucas Mota Castro Rodrigues saiu no veículo e se envolveu num acidente de trânsito, colidindo com uma motocicleta. Ambos foram socorridos e o carro foi deixado no local. No entanto, para sua surpresa, quando retornaram para pegar o carro, o mesmo estava completamente destruído por fogo inclusive as placas de identificação também ficaram totalmente destruídas na ação. A registrante não tem suspeitas da autoria do dano em tela. Nada mais disse //

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANIEL MOREIRA SANTOS - MAT.: 300099-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Maria da Conceição Mota Castro**

VISTO DO(A) DELEGADO(A):



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM
Impresso nº 2021577328



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 243 / 2020

ROGERIA NEUSA DE SOUSA ESCOSSIO - MAT.: 301204-4-2

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM

Impresso nº 2021577328

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 243 / 2020****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **DANO**Data / Hora da Comunicação: **20/10/2020 11:14:38**Data / Hora da Ocorrência: **18/10/2020 02:30:00**Endereço da Ocorrência: **ESTR SÃO JOAQUIM - CARNAUBINHA CEP:****62.660-000, ZONA RURAL - SAO JOAQUIM UMIRIM/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO**Nascimento: **17/02/1955** CPF: **166.699.083-34**RG: **2003005210645**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Identidade de Gênero: **MULHER CIS**Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**Filiação: **MARIA DO CARMO MOTA****JOSE RODRIGUES MOTA**Endereço: **VILA RECIFE**Bairro: **ZONA RURAL**CEP: **62.660-000**Município: **UMIRIM/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 9988-6678**

Email:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **OIP5087** Uf: **CE** Município: **UMIRIM** Chassi:**9BWAA05W1DP056708** Renavam: **484310062** Tipo do Veículo:**AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 GIV** Ano Fabricação: **2012**Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**Proprietário: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Registrante informa que teve seu veículo incendiando no local e data acima descritos. Seu neto Lucas Mota Castro Rodrigues saiu no veículo e se envolveu num acidente de trânsito, colidindo com uma motocicleta. Ambos foram socorridos e o carro foi deixado no local. No entanto, para sua surpresa, quando retornaram para pegar o carro, o mesmo estava completamente destruído por fogo inclusive as placas de identificação também ficaram totalmente destruídas na ação. A registrante não tem suspeitas da autoria do dano em tela. Nada mais disse. //

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****DANIEL MOREIRA SANTOS - MAT.: 300099-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Maria da Conceição Mota Castro***VISTO DO(A) DELEGADO(A):**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 565 - 243 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **DANO**
Data / Hora da Comunicação: **20/10/2020 11:14:38**
Data / Hora da Ocorrência: **18/10/2020 02:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR SÃO JOAQUIM - CARNAUBINHA CEP: 62.660-000, ZONA RURAL - SAO JOAQUIM UMIRIM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO**
Nascimento: **17/02/1955** CPF: **166.699.083-34**
RG: **2003005210645** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **MULHER CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **MARIA DO CARMO MOTA JOSE RODRIGUES MOTA**
Endereço: **VILA RECIFE**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.660-000**
Município: **UMIRIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9988-6678**
Email:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIP5087** Uf: **CE** Município: **UMIRIM** Chassi: **9BWAA05W1DP056708** Renavam: **484310062** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL 1.0 GIV** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA DA CONCEICAO MOTA CASTRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Registrante informa que teve seu veículo incendiando no local e data acima descritos. Seu neto Lucas Mota Castro Rodrigues saiu no veículo e se envolveu num acidente de trânsito, colidindo com uma motocicleta. Ambos foram socorridos e o carro foi deixado no local. No entanto, para sua surpresa, quando retornaram para pegar o carro, o mesmo estava completamente destruído por fogo inclusive as placas de identificação também ficaram totalmente destruídas na ação. A registrante não tem suspeitas da autoria do dano em tela. Nada mais disse. //

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE UMIRIM**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANIEL MOREIRA SANTOS - MAT.: 300099-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria da Conceição Mota Castro

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

094.338.003-96

4 - Nome completo da vítima:

LUCAZ MOTA CASTRO RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

LUCAZ MOTA CASTRO RODRIGUES

6 - CPF:

094.338.003-96

7 - Profissão:

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

8 - Endereço:

GENERAL JOÃO COUTO 117, CSA

9 - Número:

111

10 - Complemento:

11 - Bairro:

OLAVO OLIVEIRA

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60361-000

15 - E-mail:

lc537310@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 96296730

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK 260

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (alunos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/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 de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, CE, 08/08/2022

X Lucas Mota Castro Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)