

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Orleams do Nascimento Cruz, brasileiro, solteiro,
autônomo, sem endereço eletrônico, portador do RG
nº 2005009232518 SSP/CE e CPF nº 053695983-80
residente e domiciliado a Rua Luís Costa Filho, nº 50-A
Bairro Quintino Cunha, cidade de Fortaleza, Estado do Ceará
CEP 60.352.680

OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS

ASSOCIADOS S/S, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico ars.juridico@gmail.com, através dos advogados **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e **FABIO LIMA SOMBRA**, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

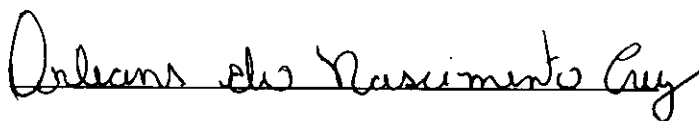
Fortaleza - CE, 02 de julho de 2018.

Orleams do Nascimento Cruz
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, ____ de ____ de 2018.



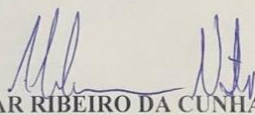
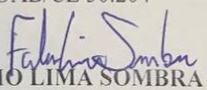
ASSINATURA

DO DECLARANTE

SUBSTABELECIMENTO

EU, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ**, para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.


ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204

FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO CATEGORIA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
ORGANS DO NASCIMENTO CRUZ	
DOC IDENTIFICAD / ORIG. EMISSAO AT 2005009222518 SSPDS CE	
CPF 053.695.983-80 04/12/1993	
FLACIO ORLANDO CRUZ RIBEIRO MARIA CLEIDIANE DO NASCIMENTO CRUZ	
RESUMO ACB ACB ACB	DATA DO NASCIMENTO 21/03/2012
95449439115	
16/11/2011	
21/11/2016	
DATA EMISSAO 21/11/2016	
46472744084 CE156522780	
DEIRAN CE (CEARA)	

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 19

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2527 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **12/06/2018 14:27:01**Data / Hora da Ocorrência: **07/03/2018 20:50:00**Endereço da Ocorrência: **RUA DONA LUCIA PINHEIRO**

Complemento:

Bairro: **ANTONIO BEZERRA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **AV. MOZART LUCENA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ**Nascimento: **04/12/1993** CPF: **053.695.983-80**RG: **2005009232518**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA CLEIDIMAR DO NASCIMENTO****ORLANDO CRUZ RIBEIRO**Endereço: **RUA LUIS COSTA FILHO , 50 A**Bairro: **QUINTINO CUNHA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.352-680**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98800-2659****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OSB8766** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C6KG0650E0006453** Renavam: **598072250** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/YS150 FAZER SED** AnoFabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **BRANCA** Proprietário: **ARA REBECA MOURA PINHEIRO** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava a motocicleta de placa OSB8766 (acima descrita), quando de repente um cachorro atravessou na frente, vindo o declarante a colidir nesse animal, perder o controle e vir a cair ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido por seu primo sendo levado, em veículo particular, ao Hospital Antonio Prudente, onde foi atendido; QUE, é habilitado na categoria "AB"; QUE, é responsável pelas informações aqui prestadas; E nada mais disse. /////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Orleans do Nascimento Cruz****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ARA REBECA MOURA PINHEIRO

RG nº 290351314, data de expedição 22/11/2016,

Órgão SSP, portador do CPF nº 06930333003, com

domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Luis Carlos Albuquerque, nº 50A

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Guilherme Augusto de Alencar Araripe, cujo o condutor era

Guilherme Augusto de Alencar Araripe

Veículo: carro

Modelo: Volvo S40 2.0 16V

Ano: 2013

Placa: 0388760

Chassi: 9C6K665010006953

Data do Acidente: 11/10/2018

Local e Data: Fortaleza, CE, 20 de Junho de 2018



ARA REBECA MOURA PINHEIRO
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60356-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@secrel.com.br

Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de(s):
=== ARA REBECA MOURA PINHEIRO ===

que confere o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.

Fortaleza, 20 de junho de 2018, 11:55:25. Em testemunho da verdade.

FATIMA GURGELA PINHEIRO (Escritor) Total: R\$ 4,16.

Válido somente com o selo de autenticação FPM: Juliana

1/20/01

Abstract

REC'D CHEN.
013788976062

LICENZA

DE

ASSINATURA

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	

ASSINATURA

100

RESEARCH DESIGN

 SEGURADORA LÍDER		SEGURO DPVAT		Exercício:	Nº documento:
				2018	4.80179073-3
				Data emissão:	Código placa:
		31/01/2018	1519028766-5	Hora:	Código taxa:
		17:28:24			
Nome Proprietário / Solicitante:				CPF / CNPJ:	
ARA REBECA MOURA PINHEIRO				605.805.833-33	
Placa:		Marca / Modelo:		Chassi:	
OSB8766		YAMAHA/YS150 FAZER SED		9C6KG0650E0006453	
Ano fabricação:		Ano / Modelo:		Renavam:	
2013		2014		598072250	
Código seguro:	Prêmio líquido	ISOF (0,38 %)	Prêmio total (R\$):	Código corretor:	
09	184,80	0,70	185,50	SUSEP	
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)					
				Via Usuário	
866900000013 855009248607 800059807225 509021118062				Autenticação Mecânica	

 SEGURADORA LÍDER		SEGURO DPVAT		Exercício:	Nº documento:
				2018	4.80179073-3
				Data emissão:	Código placa:
		31/01/2018	1519028766-5	Hora:	Código taxa:
		17:28:24			
Nome Proprietário / Solicitante:				CPF / CNPJ:	
ARA REBECA MOURA PINHEIRO				605.805.833-33	
Placa:		Marca / Modelo:		Chassi:	
OSB8766		YAMAHA/YS150 FAZER SED		9C6KG0650E0006453	
Ano fabricação:		Ano / Modelo:		Renavam:	
2013		2014		598072250	
Código seguro:	Prêmio líquido	ISOF (0,38 %)	Prêmio total (R\$):	Código corretor:	
09	184,80	0,70	185,50	SUSEP	
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)					
				Via LÍDER	
866900000013 855009248607 800059807225 509021118062				Autenticação Mecânica	

 SEGURADORA LÍDER		SEGURO DPVAT		Exercício:	Nº documento:
				2018	4.80179073-3
				Data emissão:	Código placa:
		31/01/2018	1519028766-5	Hora:	Código taxa:
		17:28:24			
Nome Proprietário / Solicitante:				CPF / CNPJ:	
ARA REBECA MOURA PINHEIRO				605.805.833-33	
Placa:		Marca / Modelo:		Chassi:	
OSB8766		YAMAHA/YS150 FAZER SED		9C6KG0650E0006453	
Ano fabricação:		Ano / Modelo:		Renavam:	
2013		2014		598072250	
Código seguro:	Prêmio líquido	ISOF (0,38 %)	Prêmio total (R\$):	Código corretor:	
09	184,80	0,70	185,50	SUSEP	
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)					
				Via DETRAN /	
866900000013 855009248607 800059807225 509021118062				Autenticação Mecânica	



Boletos, Convênios e outros

31/01/2018 18:56:50

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/01/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 18.56.50
3673003673

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ESPACIAL M MET LTDA
AGENCIA: 3673-0 CONTA: 53.250-9
EFETUADO POR: EMANOEL S BEZERRA

Convenio DPVAT- SEGURADORA LIDER
Codigo de Barras 8669000001-3 85500924860-7
80005980722-5 50902111806-2

Data do pagamento 31/01/2018
Valor em Dinheiro 185,50
Valor em Cheque 0,00
Valor Total 185,50

DOCUMENTO: 013112
AUTENTICACAO SISBB:
1.3D0.434.317.8CD.11B

Transação efetuada com sucesso por: J0118487 EMANOEL SALES BEZERRA.



Emissão de comprovantes - 3o nível

06/02/2018 15:36:00

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/02/2018 - AUTOATENDIMENTO - 15.36.00
3673003673 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ESPACIAL M MET LTDA
AGENCIA: 3673-0 CONTA: 53.250-9
=====

Convenio	EC SEFAZ ARREC ICMS/IPVA	
Codigo de Barras	85680000001-5	71940006201-9
	80131201846-9	35694251300-9
Data do pagamento		31/01/2018
Valor Total		171,94

DOCUMENTO: 013111
AUTENTICACAO SISBB: 6.536.DF6.984.778.481

Transação efetuada com sucesso por: J0118487 EMANOEL SALES BEZERRA.



ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA FAZENDA

DAE - Documento de Arrecadação Estadual

NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS

856800000015 719400062019 801312018469 356942513009

1 - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA

3018 - IPVA

2 - DATA VENCIMENTO

31/01/2018

3 - PAGAMENTO ATÉ

31/01/2018

11 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

ARA REBECA MOURA PINHEIRO

CPF: 605.805.833-33

4 - NOSSO NÚMERO

2018.46.3569425-13

5 - PERÍODO REFERÊNCIA

6/2018

6 - VALOR PRINCIPAL

R\$ 180,99

12 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CHASSI: 9C6KG0650E0006453 PLACA: OSB8766

DAE REFERENTE AO EXERCÍCIO:

** 2018 ** PARCELA ÚNICA COM DESCONTO

DOC. VÁLIDO PARA PAGAMENTO ATÉ 31/01/2018

** VALORES EXPRESSOS EM REAL **

7 - MULTA

R\$ 0,00

8 - JUROS

R\$ 0,00

9 - DESCONTOS

R\$ 9,05

10 - TOTAL A RECOLHER

R\$ 171,94

13 - CÓDIGO DE BARRA

856800000015 719400062019 801312018469 356942513009

1ª VIA - CONTRIBUINTE
(AUTENTICAÇÃO NO VERSO)

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA FAZENDA

DAE - Documento de Arrecadação Estadual

NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS

856800000015719400062019801312018469356942513009

1 - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA

3018 - IPVA

2 - DATA VENCIMENTO

31/01/2018

3 - PAGAMENTO ATÉ

31/01/2018

11 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

ARA REBECA MOURA PINHEIRO

CPF: 605.805.833-33

4 - NOSSO NÚMERO

2018.46.3569425-13

5 - PERÍODO REFERÊNCIA

6/2018

6 - VALOR PRINCIPAL

R\$ 180,99

12 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CHASSI: 9C6KG0650E0006453 PLACA: OSB8766

DAE REFERENTE AO EXERCÍCIO:

** 2018 ** PARCELA ÚNICA COM DESCONTO

DOC. VÁLIDO PARA PAGAMENTO ATÉ 31/01/2018

** VALORES EXPRESSOS EM REAL **

7 - MULTA

R\$ 0,00

8 - JUROS

R\$ 0,00

9 - DESCONTOS

R\$ 9,05

10 - TOTAL A RECOLHER

R\$ 171,94

13 - CÓDIGO DE BARRA

856800000015 719400062019 801312018469 356942513009

2ª VIA - SEFAZ
(AUTENTICAÇÃO NO VERSO)



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
49141520

!T127"
fls. 26

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

25/04/2018 15:09:59

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7238383	ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	M	04/12/1993	24
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
98010013246 SSP CE	5369598380			1-CASADO
Endereço				
R LUIS COSTA FILHO,50 - ANTONIO BEZERRA, FORTALEZA(CE) CEP 60352680				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
34798195				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CIUTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
30100037287024014	06/05/2016		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
07/03/2018	21:23		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2132184 FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

CONFERE O PRONTUARIO
LEANDRO 432
Assinatura

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE****07/03/2018 21:30**

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49141520	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1]	Nº: 20149562	07/03/2018	às 21:30
---	---------------------	-------------------	-----------------

ANAMNESE

Queixa Principal	REFERE ACIDENTE DE TRANSITO HOJE APRESENTANDO DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO RX E REAVALIAR	[1]
-------------------------	---	-----

Queixa Principal

CID10	S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
--------------	--	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
--------------	--	-----

CID10	S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO	[1]
--------------	--	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O ORIGINAL
LEANDRO 931
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/03/2018 23:14

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49141520	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/2	

Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1]	Nº: 20152363	07/03/2018	às 23:13
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO. SOLICITO TC	[1]
------------------	--	-----

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

CONFIRMAÇÃO DE PRONTUÁRIO

LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/04/2018 15:09

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49141520	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/2	
Profissional(is): JOSE AIRTON DE SOUSA COREN 99289 [1]		Nº: 20150024 07/03/2018 às 21:43	
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	PROFENID IV FRAP 100MG EV ADMINISTRADO AS 21:43, EM 07/03/2018 RESP. JOSE AIRTON DE SOUSA, COREN/CE 99289.		[1]
	TRAMAL AMPL 100MG EV ADMINISTRADO AS 21:43, EM 07/03/2018 RESP. JOSE AIRTON DE SOUSA, COREN/CE 99289.		

CONFEREZ O PRONTUÁRIO

LEANDRO Y3E
ASSINATURA



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

15/03/2018 12:02:39

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7238383	ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	M	04/12/1993	24
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
98010013246 SSP CE	5369598380			1-CASADO
Endereço				
R LUIS COSTA FILHO 50 ANTONIO BEZERRA FORTALEZA-CE CEP:60352680				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
34798195		MARIA CLEIDIMAR DO NASCIMENTO CRUZ		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116100-RECEPCAO ELETIVA AGUANAMBI			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
15/03/2018	11:38		
Médico Atendente			Clinica
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano INDIVIDUAL
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade
30100037287024014	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133430 SALA CC 03	02

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
26397287	99996666	C63753916	INTERNACAO
26397287	30721199	C63753916	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO
26397287	30721237	C63754008	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
26397287	30732026	C63754124	ENXERTO OSSEO

ANTONIO
PRUDENTE**NOTA DE SALA**

4402524

Atendimento:	49331457	Prontuário:	7238383	ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30721237	REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO	Tipo Anestesia:	BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACAO	
	30721199	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO	30732026	ENXERTO OSSEO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 07	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	2004
Equipe Médica:	CIRURGIAO	1442791	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA	CRM	11506
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	3184358	ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO	CRM	11538
	ANESTESISTA	1597523	ODON TAVARES SOUZA NETO	CRM	11521
	CIRCULANTE	3386406	ADRIANO ANDRADE DAS CHAGAS	COREN	647462
	INSTRUMENTADORA	3238326	ANTONIO MOACIR GOMES ALVES	COREN	1141432

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares					
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
31373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	4	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	2
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
134865	AGULHA STIMUPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	48674	BRUXOL BISN 30 GR	10
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	50	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	5	42110	KETALAR 10ML FRAS 10 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	91537	NAROPIN SP 10MG FRAP 20 ML	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	120106	ONDANSETRONA BMG AMP AMPL 4 ML	1
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
135865	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML	1
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200	43800	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	3
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	2	45233	XYLOCAINA C/AD 2% FRAP 20 ML	1
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
31992	FIO J&J MONONYLON (15502T) - ETHILON*BLACK4-0 - 1 UD	2			
32239	FIO J&J VICRYL (XYJ317H) - VICRYL* VLT 2-0 70 - 1 UD	3			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8	19	Gases / Aparelhos	
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5	20	TAJA DE SALA	Início: 15:20 Fim: 16:20
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1	15	OXIGENIO	Início: 15:20 Fim: 16:20
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1	22	BISTURI ELÉTRICO	Início: 15:20 Fim: 16:20
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4	25	OXIMETRO DE PULSO	Início: 15:20 Fim: 16:20
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1		STIMUPLEX	Início: 15:20 Fim: 16:20
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	3			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	2			
53822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	150			
97209	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3,5MM - 1 UD	4			
27383	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM - 1 UD	2			
27650	PLACA EM T PUMERO 3.5MM C/PARAFUSOS - 1 UD	1			
50849	PROTES DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147255	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Data: 15/03/2018

Cirurgião: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA Anestesiista: ODON TAVARES SOUZA NETO

Pág. 1 de 1

FICHA DE ANESTESIA

fls. 32

ANTONIO PRUDENTE

Nome: ORGANOS DO UTERO CRUZ Data: 15/03/18
 Idade: 28a Sexo: F () M (X)
 Prontuário: 7238383 Convênio: Unama
 Diagnóstico: Prostata 12 mm
 Cirurgia: PP Cistite de 1 Anestesia: Bio 240 Anest. r/ U.S. + Sina
 Cirurgião: Phabio Abulaz ASA: I

ICRA: <u>15h00</u> <u>16h20</u>	
O ₂	
N ₂ O	
Ar	

VIDEOS	CARDIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
FD: <u>100/70/1</u>					
CO:					
IC:					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					
40					
20					

DROGAS				EVENTO			
1. <u>Curiosidade de Lactação + respiração</u>	9	<u>Amor 20g IV</u>		A			
2. <u>Amor 20g IV</u>	10			B			
3. <u>Amor 20g IV</u>	11			C			
4. <u>Amor 20g IV</u>	12			D			
5. <u>Amor 20g IV</u>	13	<u>Amor 20g IV</u>		E			
6. <u>Amor 20g IV</u>	14			F			
7. <u>Amor 20g IV</u>	15			G			
8. <u>Amor 20g IV</u>	16			H			
9. <u>Amor 20g IV</u>	17			I			
10. <u>Amor 20g IV</u>	18			J			
LIQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	Entubação:	Oro	Naso	Sonda:
<u>500</u>	<u>200</u>			Respiração:	Espon.	Assist.	Mecan.
				Absorvedor de:	Sem	Com	
				Posição:		Local da Punção:	
				Agulha:		Técnica:	
				Início:	<u>15h20</u>	Final:	<u>16h20</u>
				Duração:	<u>1h</u>		

Condição final op:

Intercorrências per. op: **Odon Tavares Anestesiologista CRM 11521**
 Ass. Anestesista - CRM **Odon Tavares Anestesiologista CRM 11521**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 12:37, sob o número 01132544220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113254-42.2019.8.06.0001 e código 44AAA4A6.

15/03/2018 16:22

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ Dt. Nasc.: 04/12/1993 Atendimento: 49331457 Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/2
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1] Nº: 20481115 15/03/2018 às 16:21

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Cirúrgico	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO [1]
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	15/03/2018 [1]
Hora Da Cirurgia	16:23 [1]
Cirurgia	OSTEOSSINTESE DE PUNHO [1]
Cirurgião	THIAGO [1]
1º Auxiliar	ANDRE ALCANTARA [1]
Anestesista	ODON [1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO ASSEPSIA E ANTISSEPISIA APOSICÃO DE CAMPOS INCISÃO VOLAR DIVULSÃO E HEMOSTASIA VERIFICADA FRATURA DO RADIO REDUÇÃO FIXAÇÃO COM PLACA em t LIMPEZA ENXERTO SUTURA POR PLANOS CURATIVO TESTADA RADIO ULNAR DISTAL ESTAVEL [1]
Códigos Dos Procedimentos	30721199 fratura 30721237 reparo 30732026 enxerto [1]

Dr. André Alcântara
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11538 TEOT 14023

Dr. Thiago Cavalcanti
Traumatologia-Ortopedia
CRM 11506 / TEOT 13025

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

15/03/2018 16:17

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49331457	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2	
Profissional(is): ADRIANO ANDRADE DAS CHAGAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 647462 [1]	Nº: 20480894	15/03/2018	às 16:16

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	15/03/0018	[1]
Hora Da Cirurgia	15:00	[1]
Cirurgia	FRATURA DE PUNHO	[1]
Equipe Cirúrgica	DR TIAGO AGUIAR DR ANDRE DR ODON TEC ADRIANO , MOACIR , BRENO PART	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente	SIM.	[1]
Prontuário Ativo	SIM.	[1]
Opme Checado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[1]
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	SIM.	[1]
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	SIM.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	SIM.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Membros da Equipe Cirúrgica	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	SIM.	[1]
Antibiotico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[1]
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros	SIM.	[1]
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	SIM.	[1]
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	SIM.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]

Dr. Thiago Cavalcanti
Traumato-Ortopedia
CRM 11506 / TEOD 13025

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

15/03/2018 16:17

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

Dt. Nasc.: 04/12/1993

Atendimento: 49331457

Prontuário: 7238383

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus

SIM.

[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 15/03/2018 16:20:38

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ		Dt. Nasc.: 04/12/1993		Atendimento: 49331457		Prontuário: 7238383	
Convenio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 16282148		15/03/2018 às 16:19			
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR		Leito: 133430/2		Peso: 80.00 kg			
1 DIET/GERAL-ADULTO / PARA A IDADE				3/3h ORAL			
2 Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 500 ml		7.00 gts/min		Acesso Periférico	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia		500 ml					
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/2)		1g		1 FRAP(C/1GR)		8/8h EV	
Água Destilada		10 ml					
4. PROFENID IV (100.00mg)		100 mg		1 FRAP(C/100MG)		8/8h EV	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml					
5. DÍPIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg		2 ML (AMPL C/500MG/6h)		EV	
Água Destilada		18 ml					
6. TRAMAL (50.00mg/ml)		100 mg		2 ML (AMPL C/100MG/8h)		EV	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml				SN	
7. PLAMET (5.00mg/ml)		10 mg		2 ML (AMPL C/10MG/8h)		EV	
Água Destilada		18 ml					
8 SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO				SN			
9 CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA				SN			
10 PUNCAO C/ JELCO				SN			
11 SINAIS VITAIS							
12 GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS							
13 RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC				SN			
14 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA							
15 COMPRESSAO COM ETER				SN			

Dr. Thiago Cavalcanti
Traumato-Ortopedia
CRM 11506 / EUT 13025

Galany Leite Souza Sombra
COREN-CE: 621.055 - ENF

RP1541

THIAGO AGUIAR CAVALCANTE

192.85.4.101

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

ciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ
 yvenio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49331457
Nº Prescrição: 0016282148	15/03/2018 às 16:19
Letto: 133430/2 - 200h	Peso: 80,00 Kg

Prontuário: 7238383

Emissão 15/03/2018 20:14:04

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso	Periférico	22:00
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV	22:00	16/03 - 06:00
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D/1/2)	Agua Destilada	1g	10 ml				
4. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV	06:00	14:00 - 22:00
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	23:00	16/03 - 05:00
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV		
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Agua Destilada	10mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	22:00	16/03 - 06:00
8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO							
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA							
10. PUNÇÃO C/ JELCO							
11. SINAIS VITAIS							
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS							
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC							
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO							

Dr. Paulo da Silva
Médico
22:00 16/03

Dr. Paulino da Silva
Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

Urgência: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 04/12/1993

Nº Prescrição: 0016282148

Leito: 133430/2

Atendimento: 49331457

15/03/2018 às 16:19

Peso: 80.00 kg

Prontuário: 7238383

OS	Descrição	Qlde.	Descrição	Qlde.	Descrição	Qlde.	Descrição	Qlde.
----	-----------	-------	-----------	-------	-----------	-------	-----------	-------

Dr. Flávio José Rocha de Souza
Cardiologia e Hemodinâmica
CRM: 52.35

ANTONIO
PAUDANTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 15/03/2018 20:14:04

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49331457	Prontuário: 7238383
Urgência: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0016282148	15/03/2018 às 16:19	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2	Peso: 80.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

SN

COMPRESSÃO COM ÉTER

Legenda horário : ☒ Indica item não administrado

☐ Indica item checado.

TEROPIX	Ass.
---------	------

Indicador para o SNO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
15/03/2018 17:17
p1532.100

fls. 40

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49331457	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 16282646	15/03/2018 às 17:12	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE Mantido: [1] OK

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido: [1] OK

Loretha Ingrid Sampaio Lima
Enfermeiro(a)
COREN 400703

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49331457	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 16282686	15/03/2018 às 17:17	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA (COREN 400703)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Loretha Ingrid Sampaio Lima
Enfermeira
COREN 400703

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

15/03/2018 17:12

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

Dt. Nasc.: 04/12/1993

Atendimento: 49331457

Prontuário: 7238383

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

Profissional(is): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1] Nº: 20483264 15/03/2018 às 17:08

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

16:50 - O. N. C., 24 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDA NA RPA, PROVENIENTE DO CC NO POI DE FRATURA DE PUNHO SOB BLOQUEIO DE PLEXO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, COM AVP EM MSE FUNCIONANTE. CURATIVO INTEGRO. SEM QUEIXAS ALGICAS NO PERIODO. MONITORIZADO E AFERIDO SSVV. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PA: 119 X 63 MMHG, FC: 63 BPM, FR: 17 RPM, SATO2: 100%. ENFA: LORETHA 400703

[1]

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

Sim

[1]

Loretha Ingrid S. Lima
Enfermeira
COREN 400703

Emissão: 16/03/2018 07:56:57

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ.		Dr. Nasc.: 04/12/1993		Atendimento: 49331457		Prontuário: 7238383	
Convenio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 16285114		16/03/2018 às 06:00.			
Posto: POSTO 2A		Leito: 2004/2		Peso: 80,00 kg			
1 DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE				3/3h		ORAL	
2.Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 500 ml		7,00 gts/min		Acesso Periférico	
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		20.83 ml/Kcal/dia		500 ml			
3.CEFAZOLINA SODICA (1.00g)		1 g		1 FRAP(C/1GR)		8/8h EV	
(D2/2)		Água Destilada		10 ml			
4.PROFENID IV (100.00mg)		100 mg		1 FRAP(C/100MG)		8/8h EV	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml					
5.DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg		2 ML (AMPL. C/500MG/6h)		EV	
Água Destilada				18 ml			
6.TRAMAL (50.00mg/ml)		100 mg		2 ML (AMPL C/100MG/8h)		EV SN	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml					
7.PLAMET (5.00mg/ml)		10 mg		2 ML (AMPL C/10MG/8h)		EV	
Água Destilada				18 ml			
8.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO						SN	
9.CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA						SN	
10.PUNÇÃO C/ JELCO						SN	
11.SINAIS VITAIS							
12.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS							
13.RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						SN	
14.CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA						SN	
15.COMPRESSÃO COM ÉTER						SN	
16 Alta em: 16/03/2018				ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO			
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA							

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
CRM-CE: 8260

RP1541

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA 16/03/2018 07:55

Patany Leite Souza Sombra
192.85.106.021-055-ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

45
ANTONIO
RAFAEL ARIE

Emissão 16/03/2018 10:57:48

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49331457	Prontuário: 7238383
Unidade: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 0016285114	16/03/2018 às 06:00	
Posto: POSTO 2A	Leito: 2004/2	Peso: 80.00 kg	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

ACCOCHOADA MEDIO	10:00
COMPRESSÃO COM ÉTER	
Alta em: 16/03/2018	ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	

Legenda horário : ☒ indica item não administrado.

☐ indica item checado.

Indicado para o SNU	
INTEROFTX	Ass.

Dr. Paulo da Silva
Médico
CRM 13.664

Emissão 16/03/2018 10:57:48

Prontuário: 7238383

Descrição	Qtd.
-----------	------

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 04/12/1993 Atendimento: 49331457

Posto: POSTO 2A

Prontuário:

133430/2

7238383

Profissional(is):

LEILIANE SUMAIA AVILA DA SILVA, ENFERMEIRO (A), COREN 414678

Nº: 20483264

15/03/2018

às 17:08

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico

16:50 - O. N. C., 24 ANOS; SEXO MASCULINO, 1º PO DE FRATURA DE PUNHO SOB BLOQUEIO DE PLEXO. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, COM AVP EM MSE FUNCIONANTE. CURATIVO INTEGRO. SEM QUEIXAS ALGICAS NO PERÍODO. MONITORIZADO E AFERIDO SSVV. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PA: 119 X 63 MMHG, FC: 63 BPM, FR: 17 RPM, SATO2: 100%.

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

15/03/2018 16:19

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49331457	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/2	
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1] Nº: 20481073 15/03/2018 às 16:20			

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO		
Evolução Do Paciente	paciente submetido a osteossíntese de punho sem intercorrências cd: A sr	[1]
CID 10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]

Jr. Thiago Cavalcanti
Traumato-Ortopedia
CRM 11506 / REOT 13025

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 12:37, sob o número 01132544220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113254-42.2019.8.06.0001 e código 44AA4A6.

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

16/03/2018 07:56

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49331457	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 2A	Leito: 2004/2	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1]		Nº: 20501392	16/03/2018 às 07:57

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1. PÓS OP. DE FRATURA D EPUNHO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

[1]

Dr. Rafael Bezerra Nogueira
Otorrinolaringologista
CRM-CE 8260



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

fls. 49

Página 1 de 2

15/03/2018 16:22

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

Dt. Nasc.: 04/12/1993

Atendimento: 49331457

Prontuário: 7238383

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

Profissional(is): ADRIANO ANDRADÉ DAS CHAGAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 647462 [1]

Nº: 20481013 15/03/2018 às 16:19

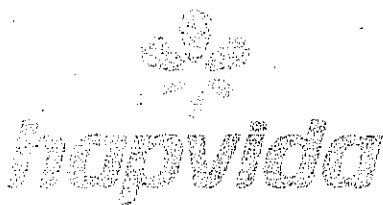
CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	TEC MOACIR	[1]
Hora	15:00	[1]
Sala	02	[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	INTEGRA	[1]
Início Da Anestesia	15:20	[1]
Término Da Anestesia	16:20	[1]
Início Da Cirurgia	15:20	[1]
Término Da Cirurgia	16:20	[1]
Instrumentador	MOACIR	[1]
Circulante	ADRIANO	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	PUNHO DIREITO	[1]
Quantidade De Compressas Utilizadas No Início	10 UD	[1]
Quantidade De Compressas Utilizadas No Término	15 UD	[1]
Medicações/hora	KEFAZOL 15:30	[1]
Exames De Imagem	Sim	[1]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Material	TRAUMA	[1]
Fornecedor	ORTOGENESE	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	INTEGRA	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	16:35	[1]

SINAIS VITAIS

T	35.5 °C	[1]
Pulso	55 bpm	[1]
PA	110X50	[1]
FC	56 bpm	[1]
FR	100 mrpm	[1]



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF: 053.695.983.80

Médico:

CRM:

Data de Nascimento:

04/11/1993

fls. 50

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico _____ ou a seguinte alternativa anestésica _____

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

15 de 03 de 2018

Hora: 11:38

Nome legível:

Antônio do Nascimento Cruz

Assinatura:

Rebeca

Grau de parentesco do responsável:

CPF:

TESTEMUNHA

Nome legível:

Dra. Rebeca Moreira Pinheiro

Assinatura:

Dra. Rebeca

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 12:37, sob o número 01132544220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113254-42.2019.8.06.0001 e código 44AAA4A6.

hapvida

Faz bem pra você

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Paciente: Dulciane Lobo Norberto Cruz

Passagem: _____ Leitor: _____

Prontuário: 4238383

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEIUM (hs)	BOR											
							Sólidos	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
							Líquidos	Criança 0 1 2 3 4 5										

Cardio-circulatório ☐ Tolerância ao exercício ☐ Hipertensão ☐ Angina ☐ Coronariopatia ☐ Infarto do miocárdio ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Outras _____ ☐ Negativo ☐ Valvulopatia ☐ Arritmia ☐ Angioplastia ☐ DVP ☐ AAA	Respiratório ☐ Dependência O ₂ ☐ Apnéia do sono ☐ IVAS recente ☐ Expectoração ☐ Outras _____ ☐ Negativo ☐ Asma ☐ Tuberculose ☐ DPOC	Gastrointestinal/hepático ☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica ☐ Vômitos/ diarreia ☐ Hérnia de hiato ☐ Obst. Intestinal ☐ Outras _____ ☐ Negativo ☐ Gastrite ☐ Hepatite ☐ Difteria ☐ Cirrose	Neurológico ☐ Convulsões ☐ Dormência/ fraqueza ☐ Lesão medular ☐ Outras _____ ☐ Negativo ☐ AVC ☐ Cefaléia ☐ PIC	Renal ☐ Doença renal crônica ☐ Insuficiência renal ☐ Outras _____ ☐ Negativo ☐ Diálise	Hematológico ☐ Transfusão prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Outras _____ ☐ Negativo ☐ Coagulopatia ☐ Anemia	Músculo esquelético ☐ Dor lombar ☐ Mioclonodistrofia ☐ Outras _____ ☐ Negativo ☐ Artrite	Endócrino ☐ Diabetes tipo _____ ☐ Patologia da tireoide ☐ Outras _____ ☐ Negativo	Câncer ☐ Quimioterapia ☐ Outras _____ ☐ Negativo ☐ Radioterapia	Infeccioso ☐ HIV ☐ Outras _____ ☐ Negativo	Gravidez ☐ Idade gestacional _____ semanas ☐ Negativo Crianças abaixo de 1 ano ☐ Negativo Condições de Nascimento ☐ Internação ☐ Alta com a mãe ☐ Termo ☐ Pré-termo: Idade gestacional _____ semanas Idade pós-conceitual _____ semanas (Idade gest. + idade atual)	Hábitos Sociais ☐ Tabaco _____ Cigarros/dia ☐ Alcool _____ ☐ Outras _____ ☐ Negativo ☐ Cigarros/dia ☐ Drogas	Exame Físico Cardíaco _____ Resp. _____ Neuro _____ Regional _____ Outro _____	Laboratório <table border="1"> <tr> <td>Hb</td> <td>Ht</td> <td>Na</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> </table>	Hb	Ht	Na	K	Plaquetas	Glicose	Medicação (verificar se tomou no dia da cirurgia) _____ _____ _____ _____ _____	Via aérea História de via aérea difícil ☐ Sim ☐ Não Mallampati - ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Distância esterno/mento _____ cm Dentição/Prognatismo _____ Outros _____ Hemorragias ☐ Negativo Tipagem solicitada _____ Reserva de _____ U Conc. Glob Avaliação ASA ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI Emergência: ☐ Sim ☐ Não Planejamento Anestésico
Hb	Ht	Na																			
K	Plaquetas	Glicose																			

Comentários sobre os achados: _____



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento

49162825

!T3?<"
fls. 52

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

25/04/2018 15:10:42

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7238383	ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	M	04/12/1993	24
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98010013246 SSP CE	5369598380		1-CASADO	
Endereço				
R LUIS COSTA FILHO,50 - ANTONIO BEZERRA, FORTALEZA(CE) CEP 60352680				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
34798195				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
30100037287024014	06/05/2016		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/03/2018	15:26		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
1131931 IGOR REGO THAUMATURGO			11-CARDIOLOGIA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 3

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/04/2018 15:10

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49162825	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): IGOR REGO THAUMATURGO CRM 9369 [1]		Nº: 20181085 08/03/2018 às 15:47	
ANAMNESE			
Queixa Principal	pac com hist de acidente requerendo laudo de ECG		[1]
Queixa Principal			
CID10	Z00 EXAME GERAL INVEST PESS S/QUEIX DIAGN RELAT		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
EXAME FÍSICO			
Frequência Cardíaca	70 bpm		[1]
Frequência Respiratória	16 IPM		[1]
Pa Sistólica	120		[1]
Pa Diastólica	80		[1]
Nível De Consciência	0		[1]
Resposta Motora	6		[1]
Resposta Verbal	5		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	Z00 EXAME GERAL INVEST PESS S/QUEIX DIAGN RELAT		[1]
CID10	Z00 EXAME GERAL INVEST PESS S/QUEIX DIAGN RELAT		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

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

25/04/2018 15:14:06

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7238383	ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	M	04/12/1993	24
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
98010013246 SSP CE	5369598380			1-CASADO
Endereço				
R LUIS COSTA FILHO,50 - ANTONIO BEZERRA, FORTALEZA(CE) CEP 60352680				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
34798195				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
30100037287024014	06/05/2016		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
28/03/2018	12:11		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

28/03/2018 13:32

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49639956	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [1]	Nº: 21001423	28/03/2018	às 13:32
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal	POS OP PUNHO	[1]
Queixa Principal		
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]

EVOLUÇÃO

Evolução Ambulatorial Pós-Terapêutica	POS OP	[1]
---------------------------------------	--------	-----

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/04/2018 15:13

Paciente:	ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.:	04/12/1993	Atendimento:	49639956	Prontuário:	7238383
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ	Posto:	POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito:	133227/17		
Profissional(is):	PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1] THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [2]		Nº:	20998656	28/03/2018	às	12:22
ANAMNESE							
Queixa Principal	POS OP DE FX DE PUNHO DIREITO - DR THIAGO. SEM QUEIXAS						[1]
Queixa Principal							
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO						[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO							
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação						[2]

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/04/2018 15:13

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

Dt. Nasc.: 04/12/1993

Atendimento: 49639956

Prontuário: 7238383

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/17

Profissional(is): MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN
786044 [1]

Nº: 21013138 28/03/2018 às 18:11

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE
SUPORTECURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS 1 JUSTIFICADO
AS 18:03, EM 28/03/2018 RESP. MARLENE DA COSTA CAVALCANTE,
COREN/CE 786044. MOTIVO: J

[1]

RETIRADA DE PONTOS 1 JUSTIFICADO AS 18:03, EM 28/03/2018
RESP. MARLENE DA COSTA CAVALCANTE, COREN/CE 786044.
MOTIVO: J

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

P

[1]



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
50149230

!U1AA" fls. 58

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

25/04/2018 15:16:49

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7238383	ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	M	04/12/1993	24
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
98010013246 SSP CE	5369598380			1-CASADO
Endereço				
R LUIS COSTA FILHO,50 - ANTONIO BEZERRA, FORTALEZA(CE) CEP 60352680				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
34798195				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
30100037287024014	06/05/2016		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
18/04/2018	13:39		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Atendente			Clinica	
2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA			1-MEDICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/04/2018 15:01

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 50149230	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [1]		Nº: 21897574	18/04/2018 às 15:01
ANAMNESE			
Queixa Principal	POS OP PUNHO	[1]	
Alergias	Não	[1]	
Medicação Em Uso	Não	[1]	
EXAME FÍSICO			
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/04/2018 15:01

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 50149230	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [1]	Nº: 21897574	18/04/2018	às 15:01
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal	POS OP PUNHO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
---	-----	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/04/2018 13:56

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 50149230	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]		Nº: 21894111	18/04/2018 às 13:56
ANAMNESE			
Queixa Principal	POS OP	[1]	
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]	
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]	
Alergias	Não	[1]	
Medicação Em Uso	Não	[1]	
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]	
EXAME FÍSICO			
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]	
DIAGNÓSTICO			
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]	
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			



**ANTONIO
PRUDENTE**

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
49256391

!T<b~" fls. 62

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

25/04/2018 15:12:22

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7238383	ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	M	04/12/1993	24
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
98010013246 SSP CE	5369598380			1-CASADO
Endereço				
R LUIS COSTA FILHO,50 - ANTONIO BEZERRA, FORTALEZA(CE) CEP 60352680				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
34798195				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
30100037287024014	06/05/2016		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
12/03/2018	20:00		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2753685 RODRIGO SOUSA BORBOREMA			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE****12/03/2018 23:16**

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49256391	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): RODRIGO SOUSA BORBOREMA CRM 16765 [1]	Nº: 20357143	12/03/2018	às 23:16
--	---------------------	-------------------	-----------------

ANAMNESE

Queixa Principal	RETORNA COM EXAMES NORMAIS	[1]
-------------------------	----------------------------	-----

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/04/2018 15:11

Paciente: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ	Dt. Nasc.: 04/12/1993	Atendimento: 49256391	Prontuário: 7238383
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 133209/1	
Profissional(is): SONIA ESTEVAM SILVA COREN 987244 [1]		Nº: 20357585	12/03/2018 às 23:36
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	BUSCOPAN COMPOSTO AMPL 5ML EV ADMINISTRADO AS 23:36, EM 12/03/2018 RESP. SONIA ESTEVAM SILVA, COREN/CE 987244.		[1]
	DRAMIN B6 IV AMPL 10MG EV ADMINISTRADO AS 23:36, EM 12/03/2018 RESP. SONIA ESTEVAM SILVA, COREN/CE 987244.		
	ANTAK AMPL 50MG EV ADMINISTRADO AS 23:37, EM 12/03/2018 RESP. SONIA ESTEVAM SILVA, COREN/CE 987244.		
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem	Sim		[1]