

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: <u>YARA SOUSA SALES</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>	
RG: <u>2007425847-2</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>12.03.19</u>
CPF: <u>604.795.333-69</u>	Profissão: <u>AVX ADMINISTRATIVO</u>	
Endereço: <u>RUA AMAZONAS, 193</u>		
Bairro: <u>PQ. ALBANO</u>	Cidade/UF: <u>CAUCAIA/CE</u>	CEP: <u>61604-500</u>

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judicium e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 30 de MAIO de 2019.

Yara Sousa Sales

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: YARA SOUSA SAVES		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRA	
RG: 2007425841-2	Órgão Emissor: SSP-CE	Data da Emissão: 12.03.12
CPF: 604.795.333-69	Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO	
Endereço: RUA AMAZONAS, 193		
Bairro: PQ. AUBANO	Cidade/UF: CAUCAIA/CE	CEP: 61604-500

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei n°. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 30 de JULHO de 2019.

Yara Sousa Sales

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 30 de JULHO de 2019.

Ciente:

Yara Sousa Sales

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO - RUA RUA E PERÍCIAS SECRETARIA

 Polegar Direito



Yara Sousa Sales

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007425847-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/03/2012

NOME
YARA SOUSA SALES
FILIAÇÃO
CLEIRTON PINTO SALES
MARIA SILVANDA DE SOUSA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 06/07/2000

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERMO: 242890
FOLHA: 114V LIVRO: A-239 FORTALEZA - CE
CPF

2 Via

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
604.795.333-69

Nome
YARA SOUSA SALES

Nascimento
06/07/2000

CÓDIGO DE CONTROLE
CB87.F280.D35E.9C27



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:22:33 do dia 22/03/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



2º Via

Nº de Inscrição:

0008442312

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA SILVANDA DE SOUSA

End. Leitura: RU AMAZONAS-PQ ALBANO, 193, PARQUE ALBANO

Cidade: CAUCAIA

CEP: 60.713-340

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 129

Setor: 077

Quadra: 0418

Lote: 0137

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Média Semestral(m³)
AGUA	A09F093797	215	231	16	11

DATAS

Leitura Atual: 23/07/2019

Emissão: 30/07/2019

Lacre Água: 3220227

Leitura Anterior: 24/06/2019

Próxima Leitura: 22/08/2019

Lacre Esgoto: 99999

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	146	146	047	146	146
Analisadas	151	151	151	150	150
Em conformidade	150	151	150	141	150

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.

Diga não ao abuso e à exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	57,63	Mês/Ano		
ESGOTO	37,94	JAN/2019	13	10
MULTA DE 2%	1,11	FEV/2019	10	8
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,03	MAR/2019	11	8
TARIFA DE CONTINGENCIA	35,17	ABR/2019	11	8
ACRESC. IMPONT. AGUA	0,12	MAI/2019	10	8
TARIFA CONTINGENCIA		JUN/2019	11	8

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	1,26	Descrição	
COFINS	6,31	VALOR DO SERVIÇO	151,51
		VALOR DO SUBSÍDIO	19,51
		VALOR TOTAL A PAGAR	132,00

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

07/2019

12/08/2019

132,00

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tringão. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0008442312 Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2019

Local: 129

Setor: 77

Quadra: 0418

Lote: 0137

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CAUCAIA

Vencimento: 12/08/2019

Total (R\$): 132,00

82690000001-7 32000009000-3 00844231201-6 01000731035-1



EMIÇÃO: GESSE 30/07/2019 10:58:29

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: YARA SOUSA SAVES		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRA	
RG: 2007425847-2	Órgão Emissor: SSP-CE	Data da Emissão: 12.03.12
CPF: 604.795.333-69	Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO	
Endereço: RUA AMAZONAS, 193		
Bairro: PQ. ALBANO	Cidade/UF: CAUCAIA / CE	CEP: 61.604-500

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 30 de JULHO de 2019

Yara Sousa Sales

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>YARA SOUSA SALES</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>	
RG: <u>2007425847-2</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>12.03.12</u>
CPF: <u>604.795.333-69</u>	Profissão: <u>AN. ADMINISTRATIVO</u>	
Endereço: <u>RUA AMAZONAS, 193</u>		
Bairro: <u>R. ALBANO</u>	Cidade/UF: <u>CAUCIPIÁ/CE</u>	CEP: <u>61.604-500</u>

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 30 de OUTO de 2019.

Yara Sousa Sales



Impresso nº 2019189200

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 913 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/03/2019 14:19:55**
Data / Hora da Ocorrência: **12/01/2019 20:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA OSCAR ARARIPE**
Complemento:
Bairro: **BOM JARDIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **YARA SOUSA SALES**
Nascimento: **06/07/2000** CPF: **604.795.333-69**
RG: **20074258472** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA SILVANDA DE SOUSA**
CLEIRTON PINTO SALES
Endereço: **RUA AMAZONAS, 193**
Bairro: **PARQUE ALBANO**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98735-3486**

Noticiante(s)

Nome: **JOHANES BRANDÃO DO NASCIMENTO**
Nascimento: **16/05/1994** CPF: **060.858.723-05**
RG: **2006009187006** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **VANESSA DE OLIVEIRA BRANDÃO**
FLAVIO SOUZA DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA CASSIMIRO DE ABREU, 45**
Bairro: **SIQUEIRA II** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98695-4580**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HXT1479** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BD15822534408686** Renavam: **790758288** Tipo do Veículo: **AUTOMOVE** Marca / Modelo: **FIAT/UNO MILLE FIRE** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **GERTULIO LIMA GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OSL5428** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680ER536308** Renavam: **1007517295** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **VANESSA DE OLIVEIRA BRANDAO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O NOTICIANTE E A VITIMA COMPARECEM A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, O NOTICIANTE TRANSITAVA PILOTANDO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

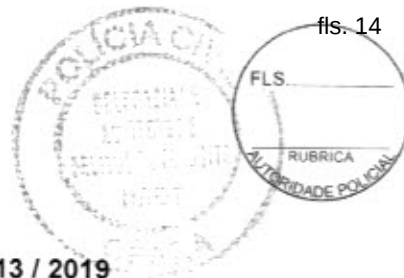
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019189200

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 913 / 2019



A MOTO DE PLACA OSL-5428 E A VITIMA TRANSITAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO, QUE TRANSITAVAM PELA AV. OSCAR ARARIPE QUANDO UM CARRO DE PLACA HXT-1479 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Brando De Norimonto

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

x Yara Sousa Sales



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Yara Sousa Sales** - C.P.F. **604.795.333-69**, no dia **12/01/2019**, às **20h48min**, na **Avenida, Oscar Araripe**, no **Bairro Bom Jardim**, vítima de acidente de trânsito.

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

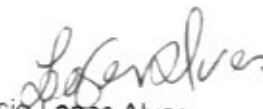
Documento requerido por meio do Processo nº **P518606/2019**.

Fortaleza, 23 de janeiro de 2019.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



fls. 16

Prefeitura
Fortaleza

P-518606/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M05 PONTO DE APOIO: CSA Nº DA OCORRÊNCIA: 0980
DATA: 12/01/19 TURNO: S/N EQUIPE: Yean + Hermigil
NOME: Yara Sousa Sales IDADE: 18 SEXO: F
END: Av. Oscar Araripe
REFERÊNCIA: Merc. Oscar Araripe BAIRRO: Bom Jardim
QTY: 20:10 QUS: 20:48 QUY: 21:01 QUU:
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro/Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: Yean**A**
VitalidadePADRÃO
RESPIRATÓRIO

☒ EUNÉICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

B
Respiração

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

PELE

☒ CORADA ☒ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO
CAPILAR

☐ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO
EXTERNOS

☐ SIM
☐ NÃO

C
CirculaçãoLOCAL: Brasília

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4
À VOZ ☐ 3
À DOR ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

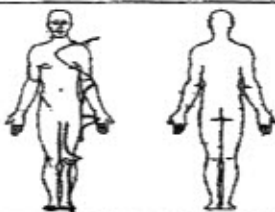
RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS ☒ 5
LOCALIZA A DOR ☐ 4
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 3
FLEXÃO ANORMAL ☐ 2
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 1
NENHUMA ☐ 0

D
Neurologia

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

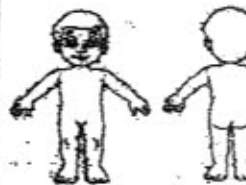
ADULTO



LESÕES

ECATOMA

PEDIÁTRICO

**E**
Exatidão

SAMPLA

FC: 74 PA: 110x7 FR: 26 GLIC.: OXIM.: 98 TEMP.: 36,5

Nega Alergias.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Pcte vit. de colisão moto/carro.
apresenta múltiplas lesões e do mado
e MTE.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ ÓBITO →

☐ RECUSA

☐ NO LOCAL

☐ SIM

☐ NÃO

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

BOLETIM EMERG:

EM: 12/01/19 às 21:20hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

EU, _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
SAMU EM: / / às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
56135237



fls. 18

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

06/03/2019 17:46:54

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16462912	YARA SOUSA SALES	F	06/07/2000	18

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
20074258472 SSP CE	60479533369		2-SOLTEIRO

Endereço

R AMAZONAS,193 - PARQUE ALBANO, CAUCAIA(CE) CEP 61000000

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
987353486	

DADOS DO CONVENIO

Convenio

22 HAPVIDA MATRIZ

1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -

COLETIVO

Carteira

Validade

00202002820000013

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data

12/01/2019

Hora

21:41

Matricula

Tipo Atendimento

6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente

2916690 WENDELL DE ALCANTARA MENDES

Clinica

6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg)

Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -11 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE O PRONTUÁRIO
Assinatura #98

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 17:48

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56135237

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/4

Profissional(is): WENDELL DE ALCANTARA MENDES CRM 14753 [1]

Nº: 32537641 12/01/2019 às 21:47

ANAMNESE

Queixa Principal

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (TRAZIDO PELO SAMU
- CONFIRMOU)
COME SCORIAÇÕES EM MMSS E MMII
CONSCIENTE
DOR EM REGIAO DA PERNA E BACIA

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

99

[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE

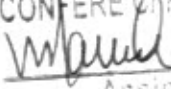
[1]

CID10

V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO

Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 20

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 17:38

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56135237

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/4

Profissional(is): WENDELL DE ALCANTARA MENDES CRM 14753 [1]

Nº: 32540647 13/01/2019 às 00:23

ANAMNESE

Queixa Principal

fratura de falange proximal com desvio aceitavel atualmente
imobilizo e solicito retorno breve para avaliar nec cirurgica

[1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Assinatura



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
56247939



fs. 21

06/03/2019 17:47:10

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

Prontuário Nome do Paciente

16462912 YARA SOUSA SALES

Sexo

F

Nascimento

06/07/2000

Idade

18

RG

CPF

Carteira Profissional

Estado Civil

20074258472 SSP CE

60479533369

2-SOLTEIRO

Endereço

R AMAZONAS,193 - PARQUE ALBANO, CAUCAIA(CE) CEP 61000000

Telefone Residencial

Telefone Trabalho

987353486

DADOS DO CONVENIO

Convenio

22 HAPVIDA MATRIZ

1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -

COLETIVO

Carteira

Validade

00202002820000013

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data

17/01/2019

Hora

13:46

Matricula

Tipo Atendimento

4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente

72940158 LUCIANA CASCAO LIMA

Clinica

6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg)

Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE O PRONTUÁRIO
Marlene Araujo Ferreira
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 17:45

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56247939

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1

Profissional(is): LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [1]

Nº: 32726055 17/01/2019 às 14:15

ANAMNESE

Queixa Principal

RELATA FRATURA 5QDE HÁ 5 DIAS
VEIO PARA AVALIAÇÃO COMIGO

[1]

RX

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

RELATA FRATURA 5QDE HÁ 5 DIAS
VEIO PARA AVALIAÇÃO COMIGO

[1]

RX

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

[1]

CID10

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 23

Página 1 de 1

06/03/2019 17:45

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56247939

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1

Profissional(is): LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [1]

Nº: 32729996 17/01/2019 às 15:42

ANAMNESE

Queixa Principal MANTER IMOB. RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DA FRATURA [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S626 FRAT DE OUTR DEDOS [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S626 FRAT DE OUTR DEDOS [1]

CID10 S626 FRAT DE OUTR DEDOS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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

CONFERE O PRONTUÁRIO
M. Cunha 1198
ASSINATURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 17:48

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56591028

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): LARISSA MIRANDA XAVIER VIEIRA CRM 19277 [1]
LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [2]

Nº: 33331445 31/01/2019 às 14:36

ANAMNESE

Queixa Principal

19d de fratura da mão esq. em uso de gesso
cd: rx

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

19d de fratura da mão esq. em uso de gesso
cd: rx

[2]

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO

[1]

CID10

S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO

Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 25

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 14:41

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56591028

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [1]

Nº: 33332886 31/01/2019 às 15:07

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE RELATA DOR NA BACIA
SOLCIITO RX

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

PACIENTE RELATA DOR NA BACIA
SOLCIITO RX

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Maurício 1198
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 14:42

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56594229

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA CRM 19758 [1]

Nº: 33335975 31/01/2019 às 16:11

ANAMNESE

Queixa Principal

#YARA, 18A, PACIENTE REFERE TER APRESENTADO QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 20 DIAS, REFERINDO QUADRO DE CEFALÉIA APÓS TRAUMA. POTEM NÃO REALIZOU TC DE CRÂNIO. PACIENTE COM QUADRO DE ENXAQUECA TRATADA COM PAMELOR, TENDO REALIZADO TC DE CRÂNIO PRÉVIA SEM ALTERAÇÕES PACIENTE SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS FOCAIS, DOR COM O MESMO NÍVEL DE INTENSIDADE. SEM PIORA.

#CD REINICIO NORTRIPTILINA. PRESCEVO ANALGESIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

3 CEFALÉIA

CID10

G43 ENXAQUECA

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

3

EXAME FÍSICO

Frequência Respiratória

22 IPM

Nível De Consciência

0

Resposta Motora

6

Resposta Verbal

5

Escala De Glasgow

15

DIAGNÓSTICO

CID10

G43 ENXAQUECA

CID10

G43 ENXAQUECA

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo
H018: Cefaleia v14

Passos Executados

1) Auxílio Conduta: [Cefaleia Primária] Classificar Cefaleia
Criado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Executado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Data de criação: 31/01/2019 19:18
Data de execução: 31/01/2019 19:18
Última modificação: 31/01/2019 19:18
Executado: True
Re-executado: Não

2) Auxílio Conduta: [Enxaqueca] Duração
Criado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Executado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Data de criação: 31/01/2019 19:18
Data de execução: 31/01/2019 19:18
Última modificação: 31/01/2019 19:18
Executado: True

CONFERE O PRONTUÁRIO
ASSINATURA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/07/2019 às 15:37, sob o número 0157755-81.2019.8.06.0001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157755-81.2019.8.06.0001 e código 4CCF720.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 27

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 14:42

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56594229

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Re-executado: Não

3) Receita: [Enxaqueca] Alta com Receita
Criado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Executado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Data de criação: 31/01/2019 19:18
Data de execução: 31/01/2019 19:18
Última modificação: 31/01/2019 19:18
Executado: True
Re-executado: Não

4) Auxílio Conduta: Avaliar Sintomas
Criado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Executado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Data de criação: 31/01/2019 19:18
Data de execução: 31/01/2019 19:18
Última modificação: 31/01/2019 19:18
Executado: True
Re-executado: Não

5) Tratamento: [Enxaqueca] Cefaleia Leve ou Moderada
Criado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Executado por: FILIPE MARQUES DE OLIVEIRA
Data de criação: 31/01/2019 19:18
Data de execução: 31/01/2019 19:18
Última modificação: 31/01/2019 19:18
Executado: True
Re-executado: Não

CONFERE O PRONTUÁRIO
Walec 4198
Assinatura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 29154502

Data 31/01/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 16462912 YARA SOUSA SALES

Nascimento.: 06/07/2000 Sexo: F RG.: 20074258472 SSP CE CPF.: 60479533369

Endereco...: R AMAZONAS 193 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 61000000 Tel.: 987353486

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 00202002820000013

Solicitante: Dr(a) LUCIANA CASCAO LIMA

Queixa Principal:

Exame:

RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

![^-?9

5659102822

RELATÓRIO:

Presença desalinhadas em ramos ílio e ísquio púbico esquerdo.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 29154502

fls. 29

Data 31/01/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 16462912 YARA SOUSA SALES

Nascimento...: 06/07/2000 Sexo: F RG.: 20074258472 SSP CE CPF.: 60479533369

Endereco...: R AMAZONAS 193 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 61000000 Tel.: 987353486

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 00202002820000013

Solicitante: Dr(a) LARISSA MIRANDA XAV

Queixa Principal:

Exame:

RX MAO OU QUIRODACTILOS ESQUERDA

![^-?8'

5659102821

RELATÓRIO:

Exame realizado sob aparato gessado para controle de redução.

Presença de fratura em falange proximal do quinto dedo.

Demais aspectos preservados.

Todo exame complementar necessita de correlação com os dados clínicos e com os outros exames de diagnóstico. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos no HAP.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
56759589



fls. 30

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

06/03/2019 17:47:58

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16462912	YARA SOUSA SALES	F	06/07/2000	18

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
20074258472 SSP CE	60479533369		2-SOLTEIRO

Endereço

R AMAZONAS,193 - PARQUE ALBANO, CAUCAIA(CE) CEP 61000000

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
987353486	

DADOS DO CONVENIO

Convenio

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

Carteira

Validade

00202002820000013

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
07/02/2019	14:42		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente

3391809 LIVIO DE SOUZA COSTA

Clinica
6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENÉ ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 31

Página de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 17:42

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56759589

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1]

Nº: 33641032 07/02/2019 às 14:43

ANAMNESE

Queixa Principal

REVISÃO FX MÃO ESQ + BACIA
RETORNO DRA LUCIANA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

CID10

S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

DIAGNÓSTICO

CID10

S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

CID10

S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 17:42

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56759589

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [1]

Nº: 33643513 07/02/2019 às 15:33

ANAMNESE

Queixa Principal

MANTER GESSO POR 1 SEM
RETORNO PARA INICIAR REABILITACAO

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
56966085



fls. 33

ESTE PRON. JARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário Nome do Paciente

16462912 YARA SOUSA SALES

Sexo

F

Nascimento

06/07/2000

Idade

18

RG

CPF

Carteira Profissional

Estado Civil

20074258472 SSP CE

60479533369

2-SOLTEIRO

Endereço

R AMAZONAS,193 - PARQUE ALBANO, CAUCAIA(CE) CEP 61000000

Telefone Residencial

Telefone Trabalho

987353486

DADOS DO CONVENIO

Convenio

22 HAPVIDA MATRIZ

1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -

COLETIVO

Carteira

Validade

00202002820000013

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data

15/02/2019

Hora

14:14

Matricula

Tipo Atendimento

6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente

1776126 BRUNO MOTA ALBUQUERQUE

Clinica

6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante

Peso (Kg)

Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 34

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 07:43

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56966085

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1]

Nº: 34034754 15/02/2019 às 14:18

ANAMNESE

Queixa Principal

fratura 5 dedo

rx

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR ARTICULAR

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

DIAGNÓSTICO

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

CID10

S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 14:43

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56966085

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [1]

Nº: 34041548 15/02/2019 às 16:29

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA SQDE HÁ 1 MES
TTO CONSERVADOR
CONSOLIDACAO CLINICA E RADIOLOGICA
ORIENT, FISIOT
RETORNO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 36

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 14:43

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56970098

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO

Leito: 133209/3

Profissional(is): FLORICE DE MATOS THEMOTHEO CRM 18828 [1]

Nº: 34042225 15/02/2019 às 16:41

ANAMNESE

Queixa Principal

PCT COM DRGE QUEIXANDO-SE DE DOR EPIGASTRICA ME
QUEIMAÇÃO COM NAUSEAS
AO EXAME

EX FIS. BOM ESTADO GERAL, EUPNÉICO, AFEBRIL, ORIENTADO E
COOPERATIVO, PIFR, GLASGOW 15, SEM ALTERAÇÕES
NEUROLÓGICAS
ACP: FISIOLÓGICAS
ABD. DISCRETO DESCONFORTO À PALPAÇÃO EM EPIGASTRIO.

CD: SINTOMATICOS

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

25 DOR ABDOMINAL E
PÉLVICA

CID10

K30 DISPEPSIA

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

EXAME FÍSICO

Nível De Consciencia

0

Resposta Motora

6

Resposta Verbal

5

Escala De Glasgow

15

DIAGNÓSTICO

CID10

K30 DISPEPSIA

CID10

K30 DISPEPSIA

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo
H022: Dor Abdominal v35

Passos Executados:

1) Auxílio Conduta: Quick SOFA (Avaliar Sepsis)
Criado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Executado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Data de criação: 15/02/2019 19:42
Data de execução: 15/02/2019 19:42
Última modificação: 15/02/2019 19:42
Executado: True
Re-executado: Não

2) Tratamento: [Dispepsia / DRGE] Conduta
Criado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Executado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Data de criação: 15/02/2019 19:42
Data de execução: 15/02/2019 19:42
Última modificação: 15/02/2019 19:42
Executado: True
Re-executado: Não

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 19:43

Paciente: YARA SOUSA SALES

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 56970098

Prontuário: 16462912

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO

Leito: 133209/3

3) Auxílio Conduta: Exame Físico do Abdome e Anamnese
Criado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Executado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Data de criação: 15/02/2019 19:42
Data de execução: 15/02/2019 19:42
Última modificação: 15/02/2019 19:42
Executado: True
Re-executado: Não

4) Auxílio Conduta: Classificar suspeita conforme dor
Criado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Executado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Data de criação: 15/02/2019 19:42
Data de execução: 15/02/2019 19:42
Última modificação: 15/02/2019 19:42
Executado: True
Re-executado: Não

5) Receita [Dispepsia /DRGE] Receita
Criado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Executado por: FLORICE DE MATOS THEMOTHEO
Data de criação: 15/02/2019 19:42
Data de execução: 15/02/2019 19:43
Última modificação: 15/02/2019 19:43
Executado: True
Re-executado: Não



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
56970098



fs. 38

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

06/03/2019 17:48:23

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16462912	YARA SOUSA SALES	F	06/07/2000	18

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
20074258472 SSP CE	60479533369		2-SOLTEIRO

Endereço

R AMAZONAS,193 - PARQUE ALBANO, CAUCAIA(CE) CEP 61000000

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
987353486	

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
00202002820000013		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
15/02/2019	16:37		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
3691020 FLORICE DE MATOS THEMOTHEO			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MEDICO

R4310RA -(1 10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 39

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/03/2019 14:44

Paciente: YARA SOUSA SALES Dt. Nasc.: 06/07/2000 Atendimento: 57028830 Prontuário: 16462912
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 133209/18
Profissional(is): PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR CRM 18593 [1] Nº: 34173377 18/02/2019 às 14:54

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VEM COM QUAOR DE DISPEPSIA RECORRENTE NA
ULTIMAS SEMANAS + REGUIRIGTAÇÃO ACIAD.
AO EXAME: BEG. NORMOCORADA. EUPNEICA. HIDRATADA, AAA.
ORIENTADA
AC: RCR, 2T, BNF, S/S
AP: MVU+, SRA
OROSCOPIA. SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS
ABDOME: PLANO, RHA+, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO
SUPERFICIAL OU PROFUNDA, SEM MASSAS OU
VISCEROMEGALIAS PALPÁVEIS. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO
PERITONEAL
EXTREMIDADES: PPP, SIMÉTRICOS. SEM EDEMA OU CIANOSE.
TEC<3SEG
HD: DISPEPSIA
CD: POX SINTOAMTICOS + OREINTEO DIETA + ENCAMINHO AO
AGASTO ELETIVO

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

25 DOR ABDOMINAL E
PÉLVICA

CID10

K30 DISPEPSIA

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

44

EXAME FÍSICO

Frequência Cardíaca

88 bpm

Frequência Respiratória

18 IPM

Sat O2

99 %

Pa Sistólica

120

Pa Diastólica

80

Nível De Consciencia

0

Resposta Motora

6

Resposta Verbal

5

Escala De Glasgow

15

DIAGNÓSTICO

CID10

K30 DISPEPSIA

CID10

K30 DISPEPSIA

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/07/2019 às 15:37, sob o número 0157755-81.2019.8.06.0001 e código 4DCF722. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157755-81.2019.8.06.0001 e código 4DCF722.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 40

Página 1 de 1

06/03/2019 17:44

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: YARA SOUSA SALES

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Profissional(is):

Dt. Nasc.: 06/07/2000

Atendimento: 57028830

Prontuário: 16462912

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO

Leito: 133209/18

Nº: 34188567 18/02/2019 às 19:08

RESUMO DO PROTOCOLO

Resumo de Protocolo

Protocolo:
H022: Dor Abdominal v35

Passos Executados:

1) Auxílio Conduta: Quick SOFA (Avaliar Sepsis)
Criado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Executado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Data de criação: 18/02/2019 18:00
Data de execução: 18/02/2019 22:08
Última modificação: 18/02/2019 22:08
Executado: True
Re-executado: Não

2) Auxílio Conduta: Exame Físico do Abdome e Anamnese
Criado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Executado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Data de criação: 18/02/2019 22:08
Data de execução: 18/02/2019 22:08
Última modificação: 18/02/2019 22:08
Executado: True
Re-executado: Não

3) Auxílio Conduta: Classificar suspeita conforme dor
Criado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Executado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Data de criação: 18/02/2019 22:08
Data de execução: 18/02/2019 22:08
Última modificação: 18/02/2019 22:08
Executado: True
Re-executado: Não

4) Tratamento: [Dispepsia / DRGE] Conduta
Criado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Executado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Data de criação: 18/02/2019 22:08
Data de execução: 18/02/2019 22:08
Última modificação: 18/02/2019 22:08
Executado: True
Re-executado: Não

5) Receita: [Dispepsia /DRGE] Receita
Criado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Executado por: PEDRO ROGERIO BATISTA MENDONCA DE ALENCAR
Data de criação: 18/02/2019 22:08
Data de execução: 18/02/2019 22:08
Última modificação: 18/02/2019 22:08
Executado: True
Re-executado: Não

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280001

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: YARA SOUSA SALES

Data do acidente: 12/01/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA COM DESVIO
FRATURA EM RAMO ÍLIO E ÍSQUIO PÚBLICO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.9,24) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00